

2006

PSIQUIATRIA EN ATENCION PRIMARIA

Capitulo 4.6: El Tratamiento Psicoterapéutico.

Carlos Mirapeix

PSIQUIATRIA EN ATENCION PRIMARIA.

Editorial: Grupo Aula Médica SA, 2006.

Editor: Prof. JOSE LUIS VAZQUEZ-BARQUERO.

Catedrático de Psiquiatría Facultad de Medicina.

Universidad de Cantabria

*Dr. Carlos Mirapeix. Psiquiatra.

Director Unidad de Trastornos de la Personalidad.

Fundación para la Investigación en Psicoterapia y Personalidad

Director del Instituto de Estudios Psicoterapéuticos

Member of the Association of Cognitive Analytic Therapist. England.

Presidente de la Sociedad Española para la Integración de la Psicoterapia

Member of the Advisory Board of the Society for the Exploration of

Psychotherapy Integration.USA.



CAPÍTULO 4.6. EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

1.- INTRODUCCION

a. Descripción del tema

La psicoterapia es un tratamiento empíricamente validado en diferentes trastornos y que puede ser aplicada en atención primaria (AP) (1), esto implica la necesidad de incrementar su aplicación en este nivel asistencial y esto no solo por la confirmación empírica de su eficacia, si no también por las preferencias del paciente. Los tratamientos psicofarmacológicos de última generación están disponibles para todos, pero las psicoterapias no. Sólo un 4% de aquellos que padecen depresión y/o ansiedad han recibido psicoterapia. Según las guías recomendadas de práctica clínica, la psicoterapia es al menos tan efectiva como las drogas para este tipo de trastornos (2). En AP, entre un 26% y un 66% declaran abiertamente su preferencia por un tratamiento psicoterapéutico en vez de medicación (3).

En el capítulo de tratamientos cognitivo conductuales de este texto y en las múltiples guías clínicas aceptadas por la comunidad científica, los tratamientos cognitivos son lo más validados empíricamente y los recomendados como primera elección en trastornos de eje I. Hay otras terapias que han demostrado su eficacia en AP (4) y las recojo en la siguiente tabla.

FORMA DE PSICOTERAPIA	INDICADO PARA
TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL	Trastornos de ansiedad, trastornos afectivos, somatomorfos, adaptativos, disfunciones sexuales, infertilidad, abuso físico o sexual, maltrato, muerte de un niño o de un bebe, abuso de sustancias, asuntos relativos al embarazo, trastorno borderline de la personalidad, pérdidas (muerte, divorcio, cambios físicos) menopausia, enfermedades amenazantes para la vida y víctimas de crímenes violentos o traumas.
TERAPIA INTERPERSONAL	Trastornos de ansiedad, afectivos, infertilidad, cambios de roles interpersonales (matrimonio, separación, divorcio, muerte), asuntos matrimoniales y/o de relaciones, síndrome del nido vacío, conflictos interpersonales.
TERAPIA PSICODINÁMICA	Trastornos de personalidad, víctimas de abuso físico y/o sexual, problemas relacionales, trastornos del vínculo, traumas tempranos en la niñez y/o en el adulto, problemas resistentes al tratamiento con otras psicoterapias, trastornos crónicos de ansiedad y del afecto, enfermedades médicas crónicas.
TERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE	Infertilidad, síndrome del nido vacío y otras pérdidas, incertidumbres vitales, menopausia, temas vinculados al crecimiento emocional personal, problemas de autoestima, cualquier trastorno que requiera intervenciones de apoyo.

Tomado de Bea 2004



Pero hoy en día debemos de continuar avanzando y las viejas recomendaciones comienzan a tener críticas crecientes; en primer lugar a la metodología científica utilizada y a su escasa validez externa y en segundo lugar, al papel que se otorga a la personalidad en la comprensión del individuo y a la influencia en la reacción individual a las enfermedades medicas en general y psiquiátricas en particular. Es necesaria una concepción de los tratamientos desde una perspectiva integral, holística, auténticamente bio-psico-social, en la que los tratamientos deben de considerar ineludiblemente la personalidad del paciente (5-8).

Este capítulo, presenta una concepción muy actual de comprender la psicoterapia, una comprensión guiada por la personalidad. Además, y como tendremos ocasión de ver de manera práctica, las enfermedades medicas vistas por el profesional de AP, son mejor comprendidas y manejadas desde esta perspectiva guiada por la personalidad.

b. Avance de los contenidos del capítulo

Abordaré en este capítulo la importancia de la psicoterapia en AP, pasando una revisión a la definición de psicoterapia y una descripción sucinta de las diferentes escuelas de psicoterapia, deteniéndome específicamente en las aportaciones de la integración en psicoterapia. La efectividad de la psicoterapia en general, en salud mental y en AP, serán otros de los temas abordados, apostando por un modelo integrador cognitivo analítico orientado por la personalidad. Será obligada una reflexión sobre la aplicación de la psicoterapia en atención primaria: ¿quién debe de aplicarla? La psicoterapia no es una panacea y revisaremos sus indicaciones, pero también sus contraindicaciones. Terminaré este capítulo con unas reflexiones relativas a su aplicabilidad en AP, a la combinación con psicofármacos, a las limitaciones estructurales y temporales y finalmente a cuestiones relativas a la formación.

c. La importancia de la pst en AP

Si el Médico de Atención Primaria (MAP) ha de saber utilizar 2 o 3 antidepresivos básicos, otros tantos ansiolíticos y algún que otro neuroléptico (9), la pregunta que deben de hacerse es ¿y por qué no debemos saber aplicar tratamientos básicos de psicoterapia?. En este capítulo, sin pretender ser una guía de psicoterapia en atención primaria (AP), se da al MAP unos conocimientos básicos de psicoterapia, basados en los datos empíricamente validados en la actualidad y que se construyen desde una perspectiva integradora (10).

A muchos Médicos, la psicoterapia les resulta desconocida, lejana incluso; pero la comprensión que exige la psicoterapia no está muy lejos de una labor básica que siempre deben de tener presente los MAP en su que hacer y por ende cualquier otro especialista, "que es lo que significa una enfermedad concreta para un paciente particular en un momento determinado de su vida. Esto requiere un entendimiento completo de las implicaciones dinámicas de la enfermedad, lo que da información al Medico de las necesidades psicológicas específicas que deben de ser tenidas en cuenta durante el tiempo que dure el tratamiento médico" (11). Resulta inevitable que un texto que va a contribuir a una mayor y mejor identificación y tratamiento de los trastornos mentales en AP, incluya también este capítulo dedicado a la psicoterapia.

Que la patología psiquiátrica esta infradiagnosticada e inadecuadamente tratada en AP ya ha sido mencionado en otros capítulos. Sólo queda decir aquí que la no aplicación de tratamientos psicoterapéuticos básicos que han demostrado su efectividad, incrementa el coste en términos fundamentalmente de sufrimiento individual y familiar, económicos, sociales, y laborales; para aliviarlos, amén de un adecuado reconocimiento y tratamiento farmacológico, la psicoterapia está claramente recomendada (2). Por otro lado, como médicos debemos de informar al paciente de los tratamientos que actualmente se han demostrado efectivos para el tratamiento de su trastorno y



esto nos obliga a poner encima de la mesa la indicación de la psicoterapia como una alternativa terapéutica, en ocasiones de primera elección (12;13) y permitir que el paciente decida en colaboración con su médico que tipo de abordaje prefiere que se realice (3).

La deficiente formación en psicoterapia es reconocida por los MAP (14) y lo mencionado en el párrafo anterior junto con la creciente conciencia de la necesidad de nuevos abordajes en AP, hacen que el dominio de unos recursos básicos de psicoterapia deba de ocupar un papel privilegiado en el arsenal terapéutico de los Médicos, de atención primaria y de otras especialidades.

Además, la Psicoterapia no sólo tiene aplicaciones clínicas sino que de ella se pueden obtener conocimientos que enriquecen a nivel personal al psicoterapeuta, le acercan más al ser humano sufriente que tiene delante, engrandece y llena de una humanidad, a veces perdida, su práctica cotidiana y permite manejar de una manera diferente y probablemente mucho más exitosa los conflictos de relación que surgen dentro de cualquier equipo que trabaja de manera constante en un entorno físico concreto. Las dificultades que surgen en los equipos de trabajo muchas veces pueden ser abordadas exitosamente con reuniones grupales con un claro matiz y contenido psicoterapéutico.

Abordaremos en este capítulo una revisión de las definiciones y descripción de los modelos fundamentales en psicoterapia, haciendo especial hincapié en un nuevo grupo de psicoterapias que hoy en día se agrupan en lo que se denominan *modelos integradores de psicoterapia* y que su actual madurez y expansión les hacen ocupar un lugar específico y diferenciado en los sistemas de clasificación (10).

En esta concepción integradora de la psicoterapia se basa este capítulo y en la práctica se concreta en un modelo de psicoterapia breve integrada, derivada de la psicoterapia cognitiva analítica en línea con desarrollos similares realizados por otros autores. Voy a presentar conceptos integradores y básicos de psicoterapia que serán de utilidad al lector, independientemente del modelo psicoterapéutico desde el que trabaje. Está en mi deseo contribuir a desarrollar un modelo comprensible y aplicable de psicoterapia; un modelo que bien podría denominarse de Psicoterapia General, basado en los conceptos integradores hoy en día validados, y que constituya un armazón sobre el que realizar intervenciones psicoterapéuticas básicas y en muchas ocasiones de primera elección, desarrollando un modelo ya planteado desde hace tiempo (15). El modelo Bio-psico-social nos sirve como marco teórico de referencia desde el cual poder comprender el complejo entramado de factores (16) que están implicados como predisponentes, precipitantes y mantenedores de las enfermedades, pudiendo así articular la compleja realidad clínica desde una perspectiva de multicausalidad. A estas alturas, en la práctica clínica cotidiana del MAP y de otros especialistas es obligado prestar atención a esta multiplicidad de factores que, de manera simultánea y/o secuencial, se encuentran presentes en un trastorno concreto.

Las intervenciones multinivel bio-psico-sociales estarían dentro de lo que denomino modelos de intervención integrada **intersistema** (longitudinal); es decir, intervenciones dirigidas a la modificación de factores biológicos, psicológicos y sociales y que pretenden favorecer la recuperación y la evolución adecuada del trastorno. Un paso más allá de esta práctica clínica integradora biopsicosocial y de esta estrategia de intervención integrada intersistema (longitudinal) se encuentran los modelos de intervención integrada **intrasistema** (transversales, dentro del subsistema psicológico) y me refiero concretamente a las intervenciones psicoterapéuticas integradas que toman en consideración elementos teóricos procedentes de diferentes escuelas psicoterapéuticas, que se marcan objetivos terapéuticos que pudieran ser suscritos por otros modelos de psicoterapia clásicamente antagónicos y cuyas estrategias de intervención van a utilizar técnicas procedentes de diferentes abordajes



psicoterapéuticos. Sólo una concepción de circularidad causal y de complementariedad entre los factores implicados, permite el diseño de intervenciones integradas en un nivel de integración **intersistema** (transversal). Solo desde aquí podremos trascender la escisión entre los tres componentes básicos del comportamiento (en el subsistema psicológico), cognición, afecto y conducta, para poder de esta forma acercarnos a una comprensión más global de los mecanismos íntimos de funcionamiento del sujeto.

2. FORMAS Y MECANISMOS DE ACTUACION DE LAS PSICOTERAPIAS.

a. Definición de psicoterapia

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

Recientemente, el grupo de trabajo de Fernández Liria y cols (17), utilizó como definición de psicoterapia la siguiente: un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente), que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud mental del segundo.

La Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP), en su guía para el usuario de la psicoterapia, define a ésta como: un tratamiento científico, de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas del malestar humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física o psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar de las personas o grupos tales como la pareja o la familia.

A pesar de estas definiciones en ocasiones no queda clara cual es la diferencia entre la psicoterapia y la entrevista clínica y/o relación medico paciente a lo largo del tratamiento. El mencionado grupo de Fdez. Liria y cols, se arriesgó no sólo a definir lo que consideraban psicoterapia, sino que, hicieron un esfuerzo adicional por delimitar lo que no es psicoterapia:

- *Otras relaciones de ayuda* (amigos...) en los que el que la da no es un profesional experto.
 - *Consejo médico o psicológico* en el que el experto se limita a poner a disposición del cliente información que le permite realizar una elección cuya realización no está impedida por patología mental
 - *Manejo clínico* de un tratamiento medicamentoso, en el que el objetivo es garantizar las condiciones (de información, confianza en el médico, expectativas, adherencia al tratamiento) que permiten optimizar el efecto de la medicación prescrita.
- Una vez definida la psicoterapia, creo necesario hacer un breve repaso de las diferentes concepciones de la psicoterapia.



b. Diferentes escuelas de psicoterapia
El Psicoanálisis y las Psicoterapias psicoanalíticas:

El psicoanálisis ha sido definido en función de los tres niveles siguientes: 1.- Un método de investigación, que consiste esencialmente en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos y producciones imaginarias (sueños, ensueños, fantasías) de un individuo y que utiliza la observación natural y la inferencia inductiva. 2.- Un método psicoterapéutico, basado en esta investigación y caracterizado por la interpretación controlada de la resistencia, de la transferencia y del deseo. 3.- Un conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas, en las que se sistematizan los datos aportados por el método psicoanalítico de investigación y tratamiento. Con las psicoterapias psicoanalíticas, de las que le diferencia el nivel de profundidad de análisis de los conflictos inconscientes entre otras cosas, comparten en común una visión de la patología mental basada en los conflictos inconscientes, una organización del mundo psicológico del individuo específica (que varía según las escuelas) y una técnica basada fundamentalmente en la asociación libre, la interpretación y la transferencia como elemento clave de las intervenciones psicoterapéuticas.

Modelos Humanístico Existenciales:

Están basados en una concepción psicológica del ser humano centrada en torno a cuatro aspectos claves: 1.- Autonomía e interdependencia social, 2.- Autorrealización, 3.- Búsqueda de sentido, 4.- Concepción global del ser humano.

El ser humano se considera como una *Gestalt*, un conjunto integral en el que sentimiento, pensamiento y acción forman un todo orgánico. Según este modelo de psicoterapia, el propósito de la misma no es otro que analizar el proyecto existencial del individuo y su modificación: "La psicoterapia no pretende cambiar la realidad externa, física o social, sino la persona, su percepción de las cosas, por la asunción radical de la única cosa que depende de ella misma, la propia experiencia, por la integración de todas las experiencias y contradicciones. Su objetivo es recobrar al ser humano, recobrarlo para su auto posesión y autodeterminación, lo que implica un cierto enfrentamiento consigo mismo; con frecuencia, el individuo se halla perdido o alienado en el intento de resolución de los problemas que le plantea su trascendencia radical. La finalidad del análisis de las estructuras de su mundo es descubrir las formas y los puntos de alienación hetero- o sobre-determinados, para restaurar la libertad de base, permitiendo una reconstrucción alternativa de su experiencia".

Los Modelos conductuales:

Las terapias de la conducta están basadas en la teoría del aprendizaje aplicada a la génesis y al tratamiento de las perturbaciones mentales; los conceptos empleados son en principio los que corresponden a la conducta observable, y los procesos se analizan con métodos análogos a los de la psicología empírico-experimental.

Hay diferentes modelos de terapia de conducta, pero todas ellas tienen su raíz común en supuestos de teoría del aprendizaje, tal como fueron formulados, sobre todo en los Estados Unidos, durante la década de 1930, por Hull, Tolman, Skinner entre otros. Pero los investigadores iniciales no se interesaron ni trabajaron en la elaboración y el ensayo de esquemas terapéuticos sino, sobre todo, en la investigación básica, y esto particularmente en el contexto de experimentos con animales. Por eso las técnicas de terapia de la conducta aplicada a la clínica concreta sólo aparecieron en la década de 1950. Hay en este texto un capítulo

especifico sobre este modelo de terapia que aborda con mas extensión y profundidad este modelo.

Los Modelos Cognitivos:

A la terapia cognitiva desarrollada inicialmente por Beck, se han sumado otros modelos posteriores. El rasgo común más destacable que unifica a todos los modelos cognitivos reside en la importancia que otorgan a las cogniciones (pensamientos), tanto en la génesis de los trastornos psicopatológicos como en el proceso de cambio terapéutico. El término «cognición» se utiliza aquí en un sentido amplio que incluye ideas, constructos personales, imágenes, creencias, expectativas, atribuciones, etc. En este sentido amplio, este término no hace referencia únicamente a un proceso intelectual sino a patrones complejos de significado en los que participan emociones, pensamientos y conductas. Recientemente en nuestro país disfrutamos de una excelente revisión aconsejable a todos los interesados por la actualidad en los modelos de psicoterapia cognitiva, tanto racionalistas como post-racionalistas.

Los Modelos sistémicos:

El concepto básico de los modelos sistémicos es el concepto de sistema. La Teoría General de Sistemas surgió en la década de los años cuarenta como un intento de abarcar fenómenos que los planteamientos científicos reduccionistas no podían explicar. Un sistema es un conjunto de elementos dinámicamente estructurados, cuya totalidad genera unas propiedades que, en parte, son independientes de aquellas que poseen sus elementos por separado. En consecuencia, para entender el comportamiento de un sistema es necesario tener en cuenta no sólo sus elementos y propiedades, sino también las interacciones entre ellos y las propiedades que resultan de la totalidad. En la Teoría General de Sistemas resulta común distinguir entre el *suprasistema*, que hace referencia al medio en el que el sistema se desenvuelve, y los *subsistemas*, que son los componentes del sistema. Los sistemas tienen la propiedad de autorregularse través de mecanismos de *feedback* (retroalimentación) y *feedforward* (antero-retroalimentación), que mantienen sus parámetros básicos de funcionamiento.

Con el modelo sistémico, la conducta pasó a ser descrita en términos de relaciones interpersonales en un contexto. El interés se desplazó del individuo a la familia, considerada como un sistema, de la causalidad lineal a la circular, de la energía a la información. Esto no quiere decir que se niegue la existencia de una vida mental interior o intrapsíquica, o que el abordaje interaccional sea el «verdadero», sino que éste ofreció un camino totalmente novedoso e igualmente válido de entender y tratar la conducta problemática.



**Conceptos útiles de los Modelos Clásicos, para poder ser integradas en
Un Modelo General e Integrado de Psicoterapia**

MODELOS PSICODINAMICOS INTERPERSONALES	MODELOS EXPERIENCIALES	MODELOS COGNITIVO CONDUCTUALES	MODELOS SISTÉMICOS FAMILIARES.
<ul style="list-style-type: none"> • El pasado influencia del presente. • El rol de la madre • La relación interpersonal como una necesidad. • El papel de la transferencia y la contra-transferencia. • La resistencia. • Los roles sexuales y de género. • Los roles dominantes y sumisos. • El duelo y la pérdida interpersonal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bondad básica • Aceptación Incondicional • Relación emocional en el aquí y en el ahora con el paciente. • La temática de la angustia de la muerte. • La autenticidad. • La identificación del deseo profundo de uno mismo. • La experiencia de establecer límites. 	<ul style="list-style-type: none"> • El aprendizaje. • El modelado. • La exposición. • Las tareas para casa. • La capacidad sugestiva de las terapias. • Los esquemas. • La detección de los pensamientos automáticos. • Los síntomas como focos de intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estadios del desarrollo del matrimonio y la pareja. • Intervenciones para mejorar la comunicación. • Selección de múltiples puntos de intervención. • Patrones transgeneracionales. • Intervenciones paradójicas • Visión circular de la causalidad y el efecto.

Modificado de Beitman 1992

Los modelos integradores en psicoterapia:

Podemos definir una concepción integradora de la Psicoterapia Integradora en los siguientes términos: son aquellos abordajes que sintetizan elementos teóricos, objetivos terapéuticos y herramientas técnicas de diferentes orientaciones psicoterapéuticas, pudiendo ser estas aplicadas en diferentes formatos, del individual al grupal, pasando por la pareja y el familiar (18). Para clarificar cual es el campo en el que nos movemos resulta útil explicar otra definición, que no es psicoterapia integradora: Psicoterapia integradora no es la adhesión dogmática a una escuela conocida de psicoterapia.

Dentro del movimiento de Psicoterapia Integradora y/o Ecléctica, hay también notables diferencias, no es un enfoque homogéneo, sino que dentro de él hay distintas orientaciones. Actualmente hay tres direcciones fundamentales de investigación dentro de este área:

- 1.- Factores comunes a todas las Psicoterapias.
- 2.- Eclecticismo Técnico.
- 3.- Integración Teórica (10).



El interés por los factores operantes que fuesen comunes a todas las psicoterapias, surge a raíz de los estudios comparativos entre distintos modelos psicoterapéuticos, encontrándose que apenas hay diferencias entre unos y otros modelos de psicoterapia en lo referente a la efectividad terapéutica. Aunque estudios posteriores han venido a introducir matizaciones en esta afirmación, en su momento, el planteamiento de la igualdad en la efectividad clínica promovió que se desarrollase esta área de investigación, la de los factores comunes en Psicoterapia. La psicoterapia ecléctica es ateorética, pragmática y empírica, componiéndose de una colección de técnicas divergentes. En efecto, a la psicoterapia ecléctica se llega de la colección y puesta en común de técnicas específicas que han demostrado ser efectivas en la práctica terapéutica. Integración refleja "el compromiso con una creación conceptual y/o teórica que va mas allá de la mezcla coherente de métodos y técnicas". De esta forma, la integración descansa sobre la búsqueda de aquellos factores comunes que están presentes en otras terapias, intentando identificar constructos de mayor nivel de abstracción que puedan explicar los mecanismos de cambio más allá de cualquier modelo simple.

Las aportaciones de la integración en psicoterapia

Tenemos hoy en día datos provenientes de la investigación en psicoterapia e incorporados en esa concepción integradora de la psicoterapia que vengo planteando a lo largo de este capítulo, que sirven como elementos nucleares sobre los que asentar una praxis integradora de la psicoterapia. Alguno de estos elementos básicos son los que voy a presentar a continuación, y van a serle útiles a cualquiera que se plantee realizar una psicoterapia, independientemente de cual sea su marco teórico de referencia.

Los factores comunes

A lo largo de la historia de la psicoterapia, ha sido frecuente encontrarnos con que diferentes escuelas se han empeñado en demostrar las diferencias de sus respectivos modelos, haciendo hincapié en la especificidad de sus aportaciones. Una forma de aproximarse a las diferentes escuelas de psicoterapia, es precisamente la opuesta a la basada en este dogmatismo. Y me estoy refiriendo a una aproximación que en el terreno de los modelos integradores en psicoterapia se denomina la de los factores comunes en psicoterapia. Parece bastante claro que hay una efectividad de las psicoterapias y como mencionaba antes en el apartado de las evidencias empíricas en este tratamiento, los análisis diferenciales entre la efectividad de unos modelos de terapias y otros, arrojan resultados dudosos en cuanto a la mayor o menor efectividad de unos modelos sobre otros. Esto en parte es debido a la presencia de una serie de factores comunes que hacen que todas las psicoterapias sean efectivas por igual, de tal forma que si usted no domina una técnica psicoterapéutica específica al menos debe de saber con la mayor exactitud posible, cual son los elementos terapéuticos comunes en las diferentes psicoterapias de tal forma que al menos pueda usted realizar lo que se denomina una psicoterapia de factores comunes pues ya con eso tiene parte del éxito terapéutico garantizado.

Podemos dividir los factores comunes en tres registros diferentes (19):

1.- Derivados del apoyo en el que se basa la relación terapéutica, entre estos nos encontramos algunos como: identificación con el terapeuta, capacidad de mitigar la soledad, efecto beneficioso de una relación humana benigna, tranquilización por depositación, efecto de la catarsis por la liberación de las emociones displacenteras, el efecto tranquilizador y contenedor de una estructura terapéutica, la experiencia y atribución curativa que se le asigna al terapeuta y el



ambiente de calidez, respeto, empatía, aceptación, confianza y autenticidad con que el terapeuta debe de recibir al paciente.

2.- Los producidos por el aprendizaje a lo largo del entrenamiento, entre estos: consejo directivo del terapeuta, la capacidad del paciente de asimilar experiencias problemáticas antaño reprimidas, retribución del paciente sobre su eficacia personal y el efecto de esto sobre su autoestima, reestructuración cognitiva, los efectos beneficiosos de la experiencia emocional correctora, incremento de la introspección que le da al paciente una perspectiva nueva acerca de la forma de relacionarse con el mundo.

3.- Como consecuencia de las modificaciones de la conducta que realiza el paciente, como por ejemplo: mayor capacidad del paciente de regular su conducta, mayor habilidad cognitiva de analizar, manejar y resolver los problemas, el estímulo que recibe del terapeuta para enfrentarse a los miedos que antes le aterrizaraban, lo que con frecuencia provoca una mayor capacidad del paciente de enfrentarse a riesgos que antes evitaba. Factores derivados del modelado por identificación con la figura del terapeuta o con roles complementarios jugados en técnicas específicas, mayor capacidad de análisis y manejo de la realidad y el efecto reforzador de los logros que progresivamente se van consiguiendo y van reforzando el proceso de la terapia.

Si se tienen en cuenta todos estos factores y los mecanismos para poder llegar a ellos, parte del efecto beneficioso de la terapia está asegurado, independientemente de cual sea el modelo terapéutico que usted elija.

Los estadios de cambio

Prochaska (20) que desarrolló su modelo transteorético de psicoterapia, utiliza un concepto que me parece especialmente aplicable a la atención primaria y a la psicoterapia en general, el *estadio de cambio*. Entiende el estadio de cambio como: el nivel de disposición al cambio de la conducta patológica que el paciente trae a la consulta y la motivación que este tiene para realizar dicho cambio de conducta. Esto implica que el estadio de cambio en el que se encuentra el paciente, va a estar en función de varios factores como son: la noción de conflicto o el grado de psicologización que tenga el paciente, la motivación que tenga para cambiar y la disposición a ejecutar conductas o comportamientos que lleven definitivamente a la modificación de la conducta o el problema que le trajo a la consulta. En función de estas variables, Prochaska propuso unos estadios de cambio que los dividió en diferentes niveles y que haciendo un cruce con los elementos contenidos en la definición del mismo los sintetizo en la siguiente tabla.

Asignación de Estadio de Cambio

ESTADIO DE CAMBIO	<i>Noción de conflicto psicológico</i>	<i>Motivación al cambio</i>	<i>Disposición a la acción</i>
Precontemplación	No	No	No
Contemplación	Sí	No	No
Preparación	Sí	Sí	No
Acción	Sí	Sí	Sí
Mantenimiento	Sí	Sí (*)	Sí

Mirapeix 1998

(*) *Motivado a no recaer*



Para hacer una adecuada indicación de comenzar la psicoterapia, el paciente debe de estar al menos en un nivel de preparación para la acción, en el que la psicoterapia va a poder ejercer los efectos más positivos. Pero quizás lo más importante para el MAP, es que este modelo de los estadios de cambio, no sólo es aplicable a la práctica de la psicoterapia, sino que la asignación de un estadio de cambio en cuanto a la disposición al cambio que el sujeto tiene, puede ser utilizado para cualquier tipo de patología medico quirúrgica tratada por el médico.

Las fases de la psicoterapia

Sea cual sea el modelo de psicoterapia que se aplique, la psicoterapia individual tiene unas fases y unos contenidos de cada una de estas fases que son estándar y que su descripción, de manera sucinta en una tabla puede contribuir a comprender con mayor claridad lo que puede suceder en un tratamiento de psicoterapia y puede servir de guía para el que se inicia como psicoterapeuta, como un buen esquema a seguir para poder guiar y conducir adecuadamente diferentes momentos que se ponen en juego en cada una de las fases (21). Estas vienen reflejadas en la siguiente tabla.



Las Fases de la Psicoterapia Individual

	COMPROMISO	PATRON	CAMBIO	TERMINACIÓN
METAS	<ul style="list-style-type: none"> • Confianza • Credibilidad • Alianza Terapéutica • Motivación 	<ul style="list-style-type: none"> • Definir Patrones • Definir Objetivos • Reformular la queja inicial 	<ul style="list-style-type: none"> • Abandono de conductas viejas • Iniciación de nuevas • Practica • Mantenimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Separación • Reatribución • Generalización • Prevención de recaídas
TECNICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Empatía • Definición de rol • Contrato • Sugestiones 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionamientos • Escucha • Tareas para casa • Señalamientos • Síntesis 	<ul style="list-style-type: none"> • TODAS 	<ul style="list-style-type: none"> • Acuerdo • Carta • Interpretación
CONTENIDO	<ul style="list-style-type: none"> • Quejas • Miedos • Desconfianza 	<ul style="list-style-type: none"> • Expectativas • Emociones • Patrones. • Conflictos 	<ul style="list-style-type: none"> • Coherencia con la Reformulación • Responsabilización • Resignificación 	<ul style="list-style-type: none"> • Individuación • Ilusión • Separación • Miedos • Duelo
RESISTENCIAS	<ul style="list-style-type: none"> • Desconfianza • Medicalización • Deformaciones • Intelectualización 	<ul style="list-style-type: none"> • No colaboración • No introspección 	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo al cambio • Mejor no saber • Eludir responsabilidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Agravamiento • Nuevos Síntomas • Conductas Impulsivas
ASPECTO RELACIONAL	<ul style="list-style-type: none"> • Por la Apariencia. • Por Ttos previos 	<ul style="list-style-type: none"> • Inducidas por el terapeuta • Inducidas por el paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • La activación de emergentes transferenciales 	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia • Contra dependencia

Modificado de Beitman 1987

Cada una de las fases que vienen recogidas en la parte de arriba, establecimiento de compromiso, búsqueda de patrones, realización del cambio psicoterapéutico y la fase de terminación, todas ellas presentaran contenidos que vienen reflejados en la primera columna de la izquierda con respecto a que cada una de estas fases tienen: metas, técnicas, contenidos, resistencias y aspectos relacionales terapeuta/paciente específicos, que deben de ser considerados y que vienen explicitados con claridad en la tabla.

Extenderse en el análisis de cada una de las celdas de la tabla exigiría un capítulo solo para ello, sugiero al lector que lea atentamente cada una de las celdas de la tabla y que saque las conclusiones que a mi juicio puedan ser muy interesantes (los interesados remítanse a la obra citada).



Solo quiero hacer mención a la fase de compromiso en el que las metas que se establecen son la alianza terapéutica, con una relación de confianza basada en la credibilidad y que sea capaz de activar la motivación para el cambio del paciente, así como optimizar al máximo el grado de psicologización que el paciente tiene acerca del conflicto que le trae a consulta. Sin estas premisas es difícil que podamos avanzar en la psicoterapia. Esta primera celda de la tabla es relevante porque estos primeros compases del inicio de la psicoterapia son fundamentales y pueden llegar a condicionar de manera definitiva que el tratamiento sea exitoso o un fracaso. Por encima de todo, es necesario establecer una relación terapéutica intensa y positiva, tan buena como le sea posible, con calidad y calidez; sabiendo que esta debe tener los límites en la seducción neurótica del paciente o en el exceso de necesidad por parte del terapeuta de caer bien al paciente o en la tentación sobreprotectora y el riesgo de la infantilización del paciente.

3. LA EFECTIVIDAD DE LA PSICOTERAPIA

a. Aspectos generales

El tema de la efectividad de la psicoterapia es un asunto comprometido, cuestiones de operatividad y metodología han dificultado su investigación durante tiempo y ha contribuido a sembrar cierto desánimo. Pero la efectividad de la psicoterapia esta hoy en día fuera de toda duda y espero dejar clara esta afirmación en los párrafos que siguen a continuación.

Muchas psicoterapias han sido objeto de estudios empíricos y han demostrado su efectividad sobre una variedad de pacientes. Estos efectos son clínicos y estadísticamente significativos y después de la revisión realizada por el grupo de Lambert (19), podemos afirmar rotundamente que la psicoterapia es efectiva, que facilita la remisión de los síntomas y que además le permite al sujeto enriquecerse con nuevos métodos de afrontamiento para resolver problemas que se le puedan presentar en un futuro. A pesar de que las investigaciones continúan demostrando la eficacia de las Psicoterapias que han sido testadas con rigor, a la hora de analizar comparativamente el resultado entre distintas formas de Psicoterapia, las diferencias no son tan pronunciadas como cabría esperar en un principio. Dada esta evidencia empírica de que hay una similitud entre los diferentes modelos de psicoterapia a la hora de valorar su efectividad clínica, este hecho ha conllevado una realidad en el terreno de la práctica psicoterapéutica basada en la práctica clínica, en la que la mayor parte de los terapeutas se han vuelto más eclécticos en su orientación. Esto sin lugar a dudas parece ser el reflejo de una respuesta saludable a la evidencia empírica y al rechazo de las tendencias previas hacia actitudes rígidas y fieles a las escuelas clásicas de tratamiento. Por lo que además, esta actitud ecléctica abre la puerta a la posibilidad de una selección técnica específica aplicada a las disposiciones del paciente, a sus rasgos de personalidad, o a otras diferencias diagnósticas.

b. La efectividad de la psicoterapia en diferentes trastornos.

La evidencia de resultados favorables de la psicoterapia en los trastornos psiquiátricos esta fuera de toda duda en las diferentes entidades nosológicas en que esta ha sido aplicada: en trastornos generalizados de ansiedad (22-24), en la depresión (25;26), en trastornos de pánico (27-29), en los trastornos obsesivos (30), en la esquizofrenia y trastornos mentales graves (31) en los trastornos alimentarios (32) y en los trastornos de personalidad es el más importante de los abordajes terapéuticos (33-37).



c. La efectividad en AP

Pero lo auténticamente importante para el MAP es que la efectividad de la psicoterapia no ha sido solo demostrada en contextos asistenciales especializados, sino que a estas alturas hay investigaciones sólidas y contundentes sobre la eficacia de la psicoterapia realizada por los MAP en AP en diferentes trastornos, tanto psiquiátricos como médicos: en ansiedad, en trastornos de pánico, en depresión, en trastornos mixtos ansioso depresivos, en los trastornos por somatización, en los trastornos alimentarios, en el alcoholismo, en psicogeriatría y como decía en patología médica específica (trastornos neurológicos, cáncer, diabetes, patología cardíaca....) en la que con frecuencia se asocia comorbilidad psiquiátrica (38).

4. UN MODELO INTEGRADOR COGNITIVO ANALITICO ORIENTADO POR LA PERSONALIDAD

La necesidad de modelos breves en AP

En una investigación sobre la estimación de la duración del tratamiento en psicoterapia en atención primaria (39) se llegó a la conclusión de que la duración de los tratamientos estaban muy por debajo de lo que inicialmente se había programado. De tal forma que la media del número de citas por paciente en tratamientos psicoterapéuticos estándar era de 3.9. El análisis de los diferentes factores asociados a este número de sesiones tan bajo en relación a las 10 ó 15 programadas es un argumento para darse cuenta de la necesidad de desarrollar tratamientos de psicoterapia breves y focales que permitan un uso racional del tiempo sabiendo que el número de sesiones a la que va a venir el paciente es menor de la que a nivel teórico uno esperaba.

Más allá de cualquier discusión teórica, hay que dejar claro desde el inicio que los primeros interesados en realizar un tratamiento breve y eficaz son los propios pacientes (39). Como queda reflejado en los estudios realizados sobre la duración de las terapias, la mayor parte de los pacientes obtienen un 80% de su mejoría clínica antes de las 20 sesiones. Por otro lado e históricamente, la presión de los terceros pagadores, compañía de seguros, instituciones, organismos públicos exigen de los tratamientos que se apliquen, efectividad y eficacia, es decir, una adecuada relación entre el coste/beneficio del tratamiento. De tal forma, que a las primeras podríamos denominarlas como terapias breves que se producen naturalmente, siendo las segundas terapias breves derivadas de presiones coyunturales. Una tercera fuente de la abreviación de los tratamientos son los propios psicoterapeutas; desde el inicio en la historia de la psicoterapia, la tendencia a acortar los tratamientos ha sido una constante.

Los modelos de psicoterapia breve, que pueden ser de diferentes orientaciones, tienen una serie de características específicas derivadas del concepto de limitación temporal y brevedad como son los siguientes: foco y metas limitadas del tratamiento, tiempo limitado, criterios de selección de los pacientes, mayor actividad del terapeuta, énfasis en la creación precoz de una alianza terapéutica intensa, estrategias de evaluación rápida con posibilidad de establecer objetivos terapéuticos lo antes posible, finalización planificada desde el inicio y cierta tendencia al optimismo terapéutico transmitiendo desde el inicio una buena dosis de esperanza al paciente. A pesar de que algunos terapeutas tienen la sensación de que los modelos de intervención breve no son efectivos y que son los hermanos menores del oro puro, que son las terapias analíticas de larga duración. Hoy en día sabemos con bastante certeza que las intervenciones psicoterapéuticas breves, no solo

reducen los síntomas que trae el paciente a la consulta, sino que producen modificaciones estructurales relevantes para la personalidad del individuo, que se mantienen a largo plazo y tienen una utilidad específica en AP (40;41).

El modelo que presento es un claro exponente de lo que vengo diciendo, es una psicoterapia breve que queda encuadrada dentro de lo que hoy se denominan Modelos Integradores de Psicoterapia. En este sentido, cabría definir la Psicoterapia Breve Integrada (cognitivo analítica) como una terapia que sintetiza elementos teóricos y técnicos tanto del campo de la Psicoterapia como de otros fuera de este terreno (integración extendida) y que quedo ampliamente expuesto en un artículo de revisión sobre el tema a donde se remite al lector interesado (42).

El modelo cognitivo analítico en el que está basada esta concepción integradora de la psicoterapia, ha sido aplicado ampliamente en el National Health Service Inglés, con limitaciones en los recursos, en las que el trabajo dentro de un límite temporal es esencial si se quiere responder a las necesidades de la población. La mayoría de los pacientes reciben 16 sesiones, con frecuencia semanal, pero algunos pueden precisar solamente 8 ó 12. La naturaleza activa y limitada en el tiempo de la terapia no induce a regresión y este modelo de psicoterapia resulta ser seguro y efectivo con todo el abanico de trastornos neuróticos y de la personalidad; la peor de las consecuencias es que se puede precisar más terapia y en tal caso el "ensayo de terapia" que se ha llevado a cabo, es una buena guía para aquello que resulte indicado posteriormente.

Evidencia de su efectividad

Voy a presentar un resumen de las investigaciones relacionadas con la Psicoterapia Cognitivo Analítica, dividiéndolas en diferentes periodos a lo largo de los últimos 25 años (43).

En la década de los 70 se desarrollan investigaciones relacionadas con lo que son los fundamentos teóricos que dieron lugar al desarrollo del modelo cognitivo analítico y que he mencionado anteriormente. Los trabajos de Anthony Ryle con la técnica de la Rejilla y su aplicación a la investigación del cambio terapéutico de pacientes sometidos a psicoterapia analítica, fueron estudios seminales de evaluación de la técnica de la rejilla para ser utilizada como instrumento de evaluación del cambio en los pacientes tratados en psicoterapia.

Un segundo periodo es el que se desarrolla a lo largo de la década de los 80, en el que hay algunos estudios, algunos de ellos muy importantes, que evalúan la eficacia de la Psicoterapia Cognitiva Analítica, comparándola con la psicoterapia limitada en el tiempo como es el modelo de Mann (Brockman 1987). Durante todo este periodo el modelo está en su apogeo de desarrollo teórico y técnico.

En la década de los 90 hay un gran número de trabajos relacionados con modificaciones técnicas en la aplicación del modelo, publicados en un número monográfico del International Journal of Short Term Psychotherapy en el que autores significativos dentro del modelo Cognitivo Analítico realizan aportaciones seminales sobre modificaciones técnicas generales y aplicaciones específicas en poblaciones clínicas concretas (Leiman, M.; Ryle, A.; Dunn, M.; Cowmeadow, P.; Duignan, I.; Marlowe, M.J. 1994). En esta década se publica el único estudio randomizado (Fosbury 1997) ampliando el perfil de pacientes tratados en psicoterapia cognitivo analítica, comparando un enfoque psicoeducativo con la psicoterapia cognitivo analítica en el tratamiento de pacientes con diabetes tipo 1. Los resultados fueron alentadores, de tal forma

que esto ha propiciado la aplicación del modelo cognitivo analítico a otro tipo de poblaciones con patología somática como veremos más adelante.

En esta década, es cuando se pone en funcionamiento el proyecto de tratamiento de pacientes con patología borderline y se desarrolla un modelo conceptual específico sobre la patología borderline así como estrategias terapéuticas para el tratamiento de los mismos (Ryle 1997).

Recientemente, se ha publicado en el British Journal of Medical Psychology en el número de Junio de 2000, una revisión de los estudios de efectividad de la psicoterapia cognitivo analítica y la aplicación de dicho modelo en diferentes settings. Los estudios de Walsh (2000) sobre la aplicación de la psicoterapia cognitivo analítica en los pacientes asmáticos; el trabajo de Clark (2000) sobre los hombres que han sobrevivido al maltrato sexual en la infancia; Sheard (2000) describe un modelo ultracorto, de 3 sesiones, para el tratamiento de pacientes con conductas autoagresivas; y por último el trabajo de Anthony Ryle con Katia Golinka (2000) sobre la efectividad de la psicoterapia cognitivo analítica en los pacientes borderline y en el que se especifican algunos factores asociados con el resultado. El tratamiento de la personalidad borderline sigue siendo un foco de atención específico y recientemente se analizó el efecto de la psicoterapia cognitivo analítica en la fragmentación y disociación de la personalidad de dichos pacientes (Wildgoose 2001). Dare (2001) publica un estudio randomizado comparando la psicoterapia cognitivo analítica con otras terapias en el tratamiento de pacientes anoréxicas.

El hecho de que esta psicoterapia no haya pasado por los rigores de los estudios clínicos randomizados se debió a que en la época de su desarrollo teórico y práctico gozó de una gran aceptación por parte de los clínicos del sistema nacional de salud británico por su rapidez y efectividad, y fue evaluado subjetivamente por los clínicos que aplicaban dicho modelo (Marguison 2000). Tan es así que como señaló David Shapiro en la Conferencia Inaugural del Congreso de la Society for Psychotherapy Research en 1994, ya en aquella época se consideraba a la psicoterapia cognitivo analítica como uno de los modelos de psicoterapia breve de mayor desarrollo e implantación en el sistema británico de salud.

Cuestiones prácticas

El terapeuta integrador que pretenda ser efectivo, debe poder intervenir en cada uno de los subsistemas en los que pueden presentarse alteraciones que tengan relación con la conducta del paciente. Tal y como se plantea en el modelo transteorético (20), los niveles en los que el terapeuta debe de intervenir inicialmente son aquellos niveles sintomáticos y situacionales en los que los cambios tienden a ocurrir más rápidamente y que habitualmente suelen representar la razón primaria por la que el individuo busca terapia y que además es el nivel más fácil sobre el que se puede ejercer en un cambio terapéutico, de tal forma que la adhesión al tratamiento, la relación terapéutica y la motivación, van a mejorar y aumentarse con lo cual va a ser posible trabajar en otros niveles, caso de que este sea el objetivo y el deseo del paciente y del terapeuta.

La fase activa de terapia y hasta su terminación el contenido de las sesiones será determinado conjuntamente por el paciente y por el terapeuta, que será quien se encargara de mantener la coherencia de las técnicas utilizadas en función de los objetivos que se señalaron en la reformulación, manteniendo el foco de atención limitado a los objetivos que se señalaron como es propio de toda psicoterapia breve. Las intervenciones del terapeuta van encaminadas a demostrar al paciente como se manifiestan repetitivamente, en su vida cotidiana y en la relación terapéutica los procedimientos problemáticos y como se pueden modificar.



Una parte de cada sesión, se dedica a elaborar "tareas para casa" adecuadas y a revisar el trabajo realizado por el paciente en tales "tareas" entre sesiones. Algunos pacientes serán concienzudos y eficaces en su trabajo, utilizan al terapeuta como a un buen profesor. Otros, sin embargo, en sus errores y olvidos, en su exceso de sumisión o resistencia pasiva, en su variabilidad entre la idealización y el rechazo manifiesto, en su implicación con el terapeuta, reproducirán las dificultades que les llevaron a su consulta. Tales manifestaciones serán tomadas como material para la terapia, es decir como ejemplos de procedimientos problemáticos objeto de la terapia que deben ser modificados dentro del marco de la relación terapéutica (intervenciones centradas en la relación).

La flexibilidad técnica en la fase activa hace que se generen dudas acerca de que técnicas utilizar, para que, cuando...etc. A la hora de intervenir en psicoterapia, es frecuente que a terapeutas experimentados les acechen una serie de temores y entre ellos está la confusión acerca de que técnica utilizar (y como no les iba a suceder lo mismo a los MAP que están empezando hacer sus primeras incursiones en el terreno de la psicoterapia). Hoy en día, y derivado de los desarrollos provenientes del eclecticismo técnico, tenemos una serie de guías de intervención que nos permiten ajustar la selección de técnicas a los planteamientos que nos hayamos hecho en cuanto a los objetivos terapéuticos (18). Veamos algunos de estos menús de decisión (44) sintetizados en la siguiente **tabla sobre los tipos de intervenciones técnicas** en la siguiente página.



1. INTENSIFICAR LA INTROSPECCIÓN: Asociación libre Interpretación Cuestionamiento Role playing	2. REDUCCIÓN DE LA EMOCIÓN Reaseguramiento Enseñar / instruir Relajación/desensibilización In vivo desensibilización.
3. ESCALAMIENTO EMOCIONAL Interpretación/confrontación Focalización Intrucción Paradógica Cuestionamiento	4. CONTROL DEL COMPORTAMIENTO Contrato de Contingencias Aconsejar/ trabajo para casa Autocontrol Economía de fichas
5. CONCIENCIACIÓN EMOCIONAL Reflejo Regraming Activación Juego de Opuestos	6. CAMBIO PERCEPTIVO Cuestionamiento (pensamientos esquemáticos) Sustitución cognitiva/practica Búsqueda de confirmación de experiencias/colaboración Role playing opuesto

Beutler 1991

Los terapeutas pueden utilizar un amplio abanico de métodos terapéuticos específicos, pero hay que tomarse muy en serio la secuenciación técnica, en la que unas estrategias han de abrir paso a otras; la falta de estructuración estratégica y técnica, puede producir efectos confusionales en el paciente. Una de las formas de verificar la articulación adecuada de las intervenciones psicoterapéuticas, es tomando en cuenta la coherencia que éstas tengan en orden a cubrir los objetivos que se han marcado. Las técnicas que se utilicen, la actitud del terapeuta, la secuencia en que se realice, han de mantener una coherencia interna, de tal forma que haya un esquema explicativo a nivel teórico que dé sentido a lo que se está haciendo y eso sin duda en este modelo viene determinado por el mapa de intervención que se diseña en la reformulación del caso. Así, la psicoterapia no se convertirá en una utilización arbitraria de técnicas en la que la selección de las mismas siga más las preferencias del terapeuta, en vez de intentar ajustar éstas a las necesidades del paciente, a los focos conflictivos que se detectaron y a los objetivos que se señalaron.

Aunque no pueda por limitaciones de espacio detenerme en la fase de terminación de la psicoterapia, si quiero resaltar que este momento es de crucial importancia y que en psicoterapia cognitivo analítica utilizamos una técnica muy útil, la carta de despedida, en la que el paciente hace un repaso y recoge por escrito, los logros de la terapia así como lo que le queda por conseguir, sirviendo esto como recordatorio de lo realizado y a la vez como un buen instrumento para la fase de seguimiento.

a. El papel de la personalidad en los abordajes psicoterapéuticos



La importancia de las variables de personalidad en el resultado de los tratamientos psicoterapéuticos ha sido recientemente demostrada (45) junto con la importancia de la calidad de la relación terapéutica.

Este es el planteamiento de Millon y recientemente recogido en un artículo que sintetiza de forma magistral como las diferentes personalidades suponen patrones de reacción vivencial y relacional con el Médico de AP, que condicionan la vivencia de la enfermedad y el manejo que el profesional debe realizar (8). Presentaré todo esto con más detalle por ser el tema nuclear de esta actualización del capítulo.

Por otro lado, no debemos olvidar que los costes asociados a la presencia de trastornos de personalidad en AP son elevados, no tanto por su coste directo, sino por la influencia en la mala evolución e incremento de consumo de recursos en la comorbilidad médico psiquiátrica que conllevan (6;7).

Centrándonos en lo que nos ocupa, una comprensión de la psicoterapia en AP, guiada por la personalidad, el planteamiento nuclear del modelo desde un punto de vista técnico se puede sintetizar en que es necesario saber identificar el patrón relacional del paciente para no entrar en una relación complementaria (o recíproca) que perpetúe este patrón de relación. He de explicar brevemente el sustento teórico de este planteamiento técnico en el que luego profundizaremos.

Desde el punto de vista psico-evolutivo, la indefensión del bebé al nacer le hace a este totalmente dependiente de una persona que lo cuide, habitualmente la madre, aunque no siempre. Esta dependencia crea un vínculo especial con la persona al cuidado del bebé. De tal forma que estos primeros patrones de relación, teorizados como patrones de apego, configuran la base relacional sobre la que posteriormente se va construyendo la personalidad. En los primeros intercambios, la figura al cuidado del bebé, debe de aprender a identificar lo antes posible los estados de necesidad y emocionales del bebé. El tener hambre, frío, sueño, son necesidades que han de ser identificadas para ser atendidas correctamente. De tal forma que esta respuesta adecuada a las necesidades básicas está en la base de la configuración de diadas relacionales. Bebe hambriento / madre nutricia, bebe irritado/madre apaciguadora. Esta configuración empática ideal, expresa la complementariedad que requiere el cuidado correcto de un bebé en los primeros momentos. Posteriores situaciones relacionales configuran nuevos patrones interpersonales. La madre enfadada genera un niño asustado, el padre que castiga o maltrata en situaciones extremas produce una relación de indefensión o de victimización del niño. Son interacciones más complejas que las derivadas de la satisfacción de las necesidades básicas, pero armadas también desde un modelo de complementariedad relacional, de tal forma que lo denominamos patrones relacionales complementarios aprendidos. Más adelante, a medida que el niño gana en complejidad cognitiva, las interacciones son más complejas y las habilidades meta cognitivas de "saber lo que piensa el otro", son claves para la armonización y homeostasis de los procesos relacionales. Una evolución sana nos permite identificar adecuadamente lo que el otro siente y es un marcador para regular nuestra interacción con él/ella. Piénsese en cualquier situación relacional cotidiana, en la que un adecuado proceso de interacción con el otro, conlleva ajustar la relación a los marcadores emocionales de la relación. La mirada, los gestos de la cara, los movimientos corporales, en definitiva, multitud de mensajes no verbales, nos informan de la situación emocional del otro con quien nos relacionamos. Es tan automático que apenas si le prestamos atención, forma parte de las conductas genéticamente determinadas de regulación homeostática de los procesos



relacionales, en base a los cuales somos capaces de sobrevivir desde bebés y que lo percibimos subliminalmente, sin prestar atención consciente a ello. Sin embargo, ser médico, ser un profesional sanitario supone tener que entrenar y mejorar habilidades innatas y sobre todo aprender a utilizarlas en un contexto terapéutico. Aprendemos a escuchar latidos, palpar irregularidades, sentir calor del paciente, fiebre. Al igual que entrenamos funciones generales en habilidades específicas, así mismo, tenemos que entrenar nuestra capacidad de percibir el estado emocional del paciente para una adecuada identificación de su "temperatura emocional" o de cómo se está relacionando con nosotros.

Ampliare aquí la descripción que realizaba en el apartado anterior sobre la vivencia subjetiva de la enfermedad y la actitud aconsejada para el profesional. En el apartado anterior solo incluí la vivencia subjetiva de la enfermedad en función del patrón de personalidad predominante. Aquí quiero focalizar sobre la conducta recomendada en cada situación en relación a los patrones relacionales presentes, vinculadas a la estructura de personalidad de que se trate. Además tendré en cuenta las recomendaciones de la APA y de su task force, liderada por Norcross, quien sistematizaba las relaciones terapéuticas que funcionan. Por último incluiré una visión desde la óptica cognitivo analítica que sistematiza la forma de evitar colisionar en la relación interpersonal que establece un paciente con un trastorno de personalidad específico.

b. Algunos ejemplos prácticos

Los TP's no sólo son muy frecuentes en AP, sino que además es necesario reconocerlos para saber abordar adecuadamente las demandas en el terreno relacional que formulan y saber dar una orientación específica en función de los diferentes diagnósticos y como de manera individualizada, cada personalidad se enfrenta a la enfermedad de una forma diferente y como el manejo clínico ha de ser específico para cada patrón de personalidad (8).

Los pacientes con trastornos de personalidad son comunes en las situaciones de atención primaria; preocuparse por ellos puede ser difícil y frustrante. Las características de la personalidad de estos pacientes producen fuertes sentimientos el facultativo, que conducen al desarrollo de problemas en las relaciones Médico-paciente, y complica la señalización del diagnóstico, el manejo médico y psiquiátrico de los trastornos. Estos estilos crónicos, inflexibles de percibir uno e interactuar con otros varían ampliamente en la presentación.

Las estrategias de manejo interpersonal efectivo existen para estos pacientes. Estas estrategias varían dependiendo del diagnóstico específico, e incluyen intervenciones tales como el uso de estilos específicos de comunicación, de establecimiento de límites claros, situaciones límite en el comportamiento de los pacientes y el uso de recursos médicos, y provisión de confianza restablecida cuando sea apropiado. En el capítulo de este libro sobre trastornos de personalidad se apuntan pautas de manejo hacia algunos patrones de comportamiento de algunos pacientes con trastornos de personalidad. La detección por parte del MAP de los trastornos de la personalidad le va a facilitar la comprensión más profunda de las reacciones individuales ante las enfermedades médicas y psiquiátricas, siendo un elemento fundamental en el abordaje terapéutico, pues permite ajustar la actitud y estrategias de manejo del médico a los patrones de comportamiento interpersonal del paciente. Como ejemplo y síntesis de todo ello lo resumo en la siguiente tabla.



El papel de la personalidad en el manejo psicoterapéutico y clínico

Trastorno de Personalidad	Comportamientos Problemáticos en situaciones médicas	Estrategias de Manejo
Paranoide	Miedo al Medico, puede dañar, argumentativo, conflictos.	Adoptar una postura profesional, dar explicaciones claras, ser empático con los miedos, evitar la confrontación directa con la ideación paranoide
Esquizoide	Demora en buscar ayuda, distancia de los problemas.	Adoptar una postura profesional, dar explicaciones claras, evitar sobre-implicación en cuestiones personales y sociales
Esquizotípico	Demora en buscar ayuda, creencias y preocupaciones extrañas.	Adoptar una postura profesional, dar explicaciones claras, tolerar creencias y comportamientos peculiares, evitar sobre-implicación en cuestiones personales y sociales.
Antisocial	Hostilidad, comportamiento impulsivo, engaño, comportamiento manipulativo	Evaluar detenidamente preocupaciones y motivos, comunicarse de manera clara y no punitiva, establecer límites claros
Borderline	Miedo al rechazo y al abandono, actos destructivos hacia sí mismo, idealización y devaluación del Medico.	Evitar excesivas familiaridades, fijar visitas regulares, dar explicaciones claras y no técnicas, tolerar estallidos de enfado, pero marcar límites claros, estar alerta de las reacciones emocionales personales, no actuarlas, consultar al psiquiatra.
Histriónico	Teatral, demandante de atención, incapacidad para focalizar en hechos y detalles, somatización.	Evitar excesiva familiaridad, mostrar interés profesional por los sentimientos, enfatizar en detalles objetivos.
Narcisista	Exigente, actitud prepotente, negación de la enfermedad, alternancia entre alabanzas y desvalorización del Medico.	Validar las preocupaciones, dar respuestas atentas y objetivas a las preguntas, canalizar las habilidades de los pacientes al manejo de la enfermedad.
Evitativo	Se guarda información, evita cuestionar o desagradar al Medico.	Dar apoyo, validar las preocupaciones, animar a contar síntomas y preocupaciones.
Dependiente	Demandas urgentes de atención, prolongación del comportamiento de enfermedad para obtener más atención y cuidado.	Dar apoyo, establecer citas de forma regular, establecer límites realistas en la disponibilidad, implicar a otros como apoyo para el paciente, evitar el rechazo del paciente.
Obsesivo-compulsivo	Miedo a renunciar al control, excesivas preguntas y atención a los detalles, se enfada con la ruptura de sus rutinas.	Completar totalmente la historia y exámenes complementarios, dar explicaciones claras, no sobreenfatizar la incertidumbre, animar al paciente a participar en el tratamiento.

Modificado de Ward 2004



5. APLICACIÓN DE LA PSICOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

No solo es que la demanda fundamental por malestar psicológico se presente en AP, el problema es aun mas grave. Hay mucho sufrimiento oculto, clínico, subclínico y/o simplemente malestar vivencial producido por contextos vitales difíciles. El volumen de demanda real es en torno al 50% de la consultas de AP y la demanda potencial, que favorecería una mejora de la calidad de vida de los ciudadanos, un menor sufrimiento y un menor uso de los servicios sanitarios por una mejora de la salud es inmensa. La psicoterapia debe estar allá donde más se la necesita y ese lugar es la primera línea asistencial en la comunidad, en AP. Tal y como sucede en Países más avanzados y concretamente en Inglaterra, los Médicos de AP cuentan en sus dispositivos asistenciales con psicólogos, consejeros (ver el capítulo de counseling) trabajadores sociales y/o enfermeras con formación en psicoterapia. De tal forma que la aplicación de los tratamientos psicoterapéuticos se llevan a cabo en el primer lugar donde se necesitan. Resulta llamativo, o no tanto, que a los Médicos de AP se les forme y se les estimule a que usen psicofármacos en su práctica cotidiana en orden a tratar trastornos mentales. El asunto es que siendo la psicoterapia un tratamiento validado empíricamente actualmente, no se haga lo propio con este tratamiento. Es decir, llevar a cabo lo que estoy planteando en este capítulo, llevar la psicoterapia como tratamiento de elección en muchos trastornos y considerar que el lugar donde esta debe de ser aplicada es en AP y no solo en atención especializada.

En el artículo mencionado (2), se realiza un análisis económico que en definitiva defiende que la introducción de la psicoterapia en AP reduciría los costes sanitarios, racionalizaría el consumo de psicofármacos, contribuiría a una mayor psicologización de los problemas de salud mental, la comprensión psicológica de síntomas físicos, así como las repercusiones psicológicas de las enfermedades medicas. Todo esto facilitaría no solo la recuperación sintomática del paciente, sino también la mejora de la calidad de vida, no solo por la resolución de los problemas sintomáticos, sino porque una orientación psicoterapéutica guiada por la personalidad también contribuye a la identificación de patrones interpersonales disfuncionales y su correspondiente modificación, con las consecuencias que de ello se derivan. Todo lo anterior se vincula con que la psicoterapia es un tratamiento preferido por los pacientes (46) que como hemos dicho influye sobre la mejora de la calidad de vida en mayor medida que la medicación (47).

En un artículo reciente, se plantea que se debe de hacer para que la psicoterapia funcione en AP (48). Si a la hora de informar a los pacientes acerca del tratamiento psicoterapéutico se les explicara que la psicoterapia no solo va dirigida a la eliminación de los síntomas, que no consiste solo en hablar, sino que implica también ayudar a que la persona se convierta en un individuo con mayor fortaleza psicológica y capacidad a través del esfuerzo de aprender, cambiar y mejorar su calidad de vida.

A la hora de abordar la cuestión de la elección de tratamiento por parte del paciente, las preferencias con respecto a la utilización de psicofármacos o psicoterapia debemos tener en cuenta que la propia elección del tratamiento en ocasiones puede convertirse en parte del problema. Así por ejemplo, cuando las víctimas de violencia domestica solicitan medicación para tratar los síntomas afectivos secundarios a la situación vital, prescribir la medicación seria entrar en una dinámica que perpetua la situación de maltrato. Por otro lado, pacientes que solicitan apoyo psicológico, cuando realmente su única motivación es una relación transferencia positiva y/o erotizada hacia el terapeuta.



Una vez que hemos tomado la decisión de que el paciente entre en un tratamiento psicoterapéutico como opción terapéutica, tenemos que tener claro que pacientes son los que pueden ser tratados por el médico de atención primaria y/u otro personal especializado y formado en este tipo de tratamientos en el centro de referencia de atención primaria, o por el contrario cuando y que pacientes deben de ser remitidos a salud mental.

Para aquellos médicos de atención primaria que consideren la posibilidad de referir a un tratamiento psicoterapéutico especializado en el centro de salud mental de referencia o donde pueda ser realizado dicho tratamiento, hay otra serie de asuntos que se deben de considerar:

- ¿Tiene Ud. Información adecuada acerca de la formación, habilidad y capacidad del psicoterapeuta a quien remite Ud. al paciente? La psicoterapia varía en gran medida en función de la habilidad del terapeuta que lleve el caso. Las credenciales de formación es un buen lugar donde podemos empezar, pero la mejor forma de saber si un terapeuta es efectivo o no es estar atento a cuales son los informes y el feedback que nos da el paciente con respecto a la relación y resultados de la terapia que sigue con el psicoterapeuta.
- Los terapeutas a recomendar son aquellos que son capaces de establecer buenas relaciones terapéuticas con los pacientes que se le remiten, y mantenerles en terapia a pesar de que pueden ser pacientes difíciles.
- Debemos evitar aquellos terapeutas que tenemos evidencia de que tienen una elevada tasa de pacientes que abandonan el tratamiento, que no acuden con regularidad al mismo, o que han tenido que ser hospitalizados.
- Por otro lado, aquellos psicoterapeutas que no se muestran abiertos a colaborar con el médico de atención primaria deben de ser considerados como personas o profesionales que pueden suponer dificultades para la continuidad y tratamiento integrado de los pacientes.

Por ultimo mencionar, que no solo son indicación trastornos que cumplan criterios clínicos de diagnostico psicopatológico, la demanda de psicoterapia cada vez es más extensa y ha demostrado su eficacia incluso en casos depresivos subclínicos (49).

a. Quien debe de aplicarla

Algunos autores se preguntan si es propiamente el Medico de AP quien debe de aplicar la psicoterapia, o si son otro tipo de profesionales. La mayor parte de los médicos de familia no ofrecen intervenciones psico-sociales formalmente estructuradas por una serie de razones, como ausencia de un entrenamiento específico, y limitaciones en la utilización del tiempo por la sobrecarga de trabajo.

El desperdicio de profesionales en este País llega a extremos dramáticos y el debate actual sobre la psicología clínica, está en parte vinculado con que a los psicólogos no se les utiliza en todo lo que se les podría utilizar, y eso está relacionado con este planteamiento. La psicología clínica y la psicoterapia, que no son la misma cosa (ni la primera capacita a la segunda) deben de estar como definiendo en este capítulo. El artículo mencionado, plantea que la potencial demanda seria tal, que la estructura actual no daría a basto. Plantea algunas alternativas de centros de psicoterapia en atención primaria, en la primera línea de atención del sufrimiento del ciudadano. Asunto este debatible y de gran interés.



En AP hay más profesionales que pueden y hacen y debieran hacer más psicoterapia. Trabajadores sociales, Enfermeras y como no, psicólogos clínicos o psicólogos o Médicos, todos ellos con la adecuada formación específica en psicoterapia. Todo ello dotaría a ese primer frente de atención de una potencia terapéutica basada en un replanteamiento de las funciones, incorporando la psicoterapia como herramienta terapéutica practicada por aquellos profesionales con el entrenamiento adecuado para llevarla a cabo.

Si a lo largo del presente capítulo hemos planteado la utilización de la psicoterapia por el médico de AP, toca ahora reflexionar, sobre si los otros profesionales de AP tienen algún papel en la implementación de técnicas psicoterapéuticas. A mi juicio, y después de varios años de entrenar personal de enfermería y trabajadores sociales en AP, su papel en la práctica de la psicoterapia resulta fundamental. Estudios recientes demuestran la alta efectividad de los tratamientos centrados en la resolución de problemas, cuando estos son realizados por personal de enfermería adecuadamente entrenado, así como en trastornos de ansiedad y depresión, una excelente revisión sobre el papel de la enfermera en los tratamientos de psicoterapia en AP. En Cantabria y con la denominación de Proyecto Odin, entre otras cosas, se está investigando el papel de personal no Médico en el tratamiento de la depresión.

Mi experiencia al respecto es que un buen entrenamiento del personal de los equipos de AP, facilita la implementación y extensión de número de usuarios beneficiados por los tratamientos psicoterapéuticos. Las limitaciones de tiempo que los médicos de AP tienen en su práctica cotidiana es, entre otros, una de las indicaciones para entrenar e implicar en este tipo de tratamientos a personal de cualificación no Médica.

6. LA PSICOTERAPIA NO ES UNA PANACEA

Como todo tratamiento médico, este tiene una serie de indicaciones y contraindicaciones. Vamos a hacer una breve revisión de las mismas.

La psicoterapia, bien como intervención de primera elección, bien como intervención de segunda elección, como terapia asociada, o desplegando sus funciones de apoyo y rehabilitación está indicada en cualquier trastorno psiquiátrico, físico, médico o quirúrgico, queriendo con esto decir que el apoyo a las funciones psicológicas deterioradas de un paciente bien sean producidas por enfermedad mental y/o orgánica siempre se van a beneficiar de una intervención psicoterapéutica.

Para todos los trastornos del Eje 1, fundamentalmente trastornos de ansiedad, depresión, fobias, TOC compulsivos, problemas sexuales, trastornos de la alimentación y trastornos situacionales, la psicoterapia ha demostrado una clara efectividad, sola o en combinación con psicofármacos. Para los trastornos de personalidad como he mencionado es el tratamiento de elección. Y para las enfermedades mentales graves es un tratamiento coadyuvante al tratamiento psicofarmacológico que en este tipo de enfermedades es el tratamiento de elección.

Parte de lo que sigue es una modificación de lo recogido por otros autores (11;17).

a. Indicaciones

- Cuando nos encontramos ante un cuadro clínico que sabemos que responde a intervenciones psicoterapéuticas. Es decir, ante la mayor parte de los trastornos psiquiátricos.



- Cuando el paciente consulta por un problema que es modificable por la psicoterapia y que repercutiría favorablemente en la evolución o el impacto del trastorno subyacente que tenga, si lo tiene, o mejoraría su calidad de vida.
- Que el paciente presenta o un conflicto consigo mismo, o un conflicto en relación con otros significativos, o un conflicto con diversos acontecimientos de su vida cotidiana sobre los cuales va a ser posible intervenir.
- Cuando las expectativas del paciente es la realización de un tratamiento de psicoterapia.

b. Contraindicaciones

- Diagnostico evidente y claro de un trastorno psicótico, delirante, afectivo mayor o psicosis orgánica. En estos casos la psicoterapia tendría una función rehabilitadora.
- Cuando la intensidad de los síntomas o la gravedad de la enfermedad se sabe que responden mejor y más rápidamente a psicofármacos, han de ser utilizados estos en primer lugar.
- Cuando por motivos de edad y etapa del ciclo vital del paciente o por la imposibilidad de acceder al lugar de prestación de la psicoterapia o por motivos culturales resulta desaconsejado este tipo de intervención.
- Cuando el médico siente que no tiene la formación adecuada para realizar este tipo de intervención.
- Cuando la relación establecida entre el paciente y el médico se ha hecho inmanejable para el último.
- Cuando observamos tendencias manipulativas muy establecidas y complejas basadas en trastornos psicológicos graves.

Cuando como terapeutas, sentimos que no comprendemos (intelectual y afectivamente) al consultante, nos sentimos lejos del. Comprensión y/o experiencia de que nuestros propios conflictos psicológicos nos desaconsejan profundizar en los problemas del consultante.

7. CUESTIONES PRACTICAS RELATIVAS A SU APLICABILIDAD EN AP

a. Combinación con psicofármacos

Una modalidad terapéutica que tienen en su mano los médicos de atención primaria es la utilización de tratamientos combinados de psicoterapia y psicofármacos. Estos tratamientos en términos generales han mostrado ser altamente eficaces (50). Y en usados en combinación están indicados en la mayor parte de los trastornos psiquiátricos: en los trastornos de ansiedad, en los trastornos de pánico, en la depresión; en la esquizofrenia y en los trastornos de personalidad. Por otro lado su efectividad en combinación con otros procedimientos médicos o quirúrgicos también queda fuera de toda duda.

De nuevo la visión que propongo, guiada por la personalidad, ayuda a comprender mejor la significación personal que el fármaco tiene para cada paciente.

Los tratamientos combinados tienen una serie de ventajas: son más baratas a largo plazo, más efectivas, la resolución sintomática es tan solo una parte de la estrategia, incrementa la adherencia al tratamiento, disminuye la dosis total de medicación que se precisa así como la duración del tratamiento de mantenimiento, son más efectivos en la prevención de recaídas. Pero no todo son loas, hay también unas desventajas: son más caras inicialmente, el



desarrollo de proyecto de investigación sobre modalidades combinadas es más complejo, exige un entrenamiento más complejo de los terapeutas, En ocasiones si no es el mismo terapeuta quien realiza dos terapias pueden presentarse conflictos en la triangulación.

b. Las limitaciones estructurales y temporales

Después de todo lo dicho y aunque parezca paradójico, tenemos que ser realistas y preguntarnos ¿es posible llevar a cabo una psicoterapia en AP en este País? y si lo es ¿en qué condiciones? Las respuestas hay que matizarlas.

El modelo de asistencia que se realiza en atención primaria y a tenor de los datos existentes dentro de la propia organización del INSALUD, el tiempo medio de consulta que se dedica a los pacientes oscila entre 6 y 7 minutos. Las presiones asistenciales a las que se ven sometidos los MAP en las consultas a demanda, incluyendo en ello las entradas y salidas de la enfermera, del auxiliar, del celador, las llamadas telefónicas, del compañero que entra a preguntar por alguien o el paciente que viene acompañado de tres familiares hace que la situación contextual en la que se realiza la práctica médica actual de un Centro de Salud no sea la más adecuada, ni para la práctica de la medicina en general y por supuesto no es el encuadre o setting adecuado para la práctica de la psicoterapia en particular. Esas condiciones deben de ser mejoradas no solo para la realización de una psicoterapia sino en general.

La realización de un tratamiento psicoterapéutico exige de unas condiciones que denominamos "**setting**", este podemos dividirlo en varios componentes que actúan como requisitos para una práctica adecuada de la psicoterapia.

El tiempo para la realización de una psicoterapia breve en un entorno de asistencia pública, resulta absolutamente necesario disponer como mínimo de un tiempo de **veinte minutos** por paciente, para poder escuchar los contenidos que el paciente va desplegando a lo largo de la sesión. Menos que lo señalado dificulta que se consolide una relación empática, pues la premura del tiempo hace que el propio médico esté más pendiente del reloj y del poco tiempo que le queda, que de estar auténticamente interesado en lo que el paciente le cuenta.

En el grupo de reflexión que tuvimos con esta temática, y que viene mencionado al final del capítulo, una de las conclusiones que llegamos era que aquellos médicos que realmente deseen implicarse en una atención psicoterapéutica a sus pacientes, van a tener que reorganizar su actividad, de tal forma que dispongan de unas horas a la semana, entre tres y cinco, dedicadas a la psicoterapia.

Un espacio tranquilo más o menos silencioso sin interferencias que permita el desarrollo de la comunicación sincera, fluida, profunda, cargada emocionalmente, en la que el médico pueda escuchar atentamente y poner a tono sus capacidades empáticas para percibir los movimientos emocionales del paciente y escuchar lo que el paciente dice, como lo dice y también lo que no dice. A su vez, no solo es necesario un marco físico idóneo, sino que debemos tener una actitud diferente.

La actitud de escucha (médico-biológica) habitual que utilizamos: inquisitiva, directiva, centrada en los síntomas, no suele ir bien, ni es aconsejable utilizarla en un abordaje psicoterapéutico. Debemos de aprender a escuchar al paciente de una manera diferente, que hay más allá de los síntomas, que cosas realmente le preocupan al paciente, que emociones siente, como se relaciona con nosotros, que nos hace sentir en ese proceso de relación interpersonal. Todo esto nos tiene que llevar a poder analizar la vivencia psicológica del paciente y trascender el análisis escueto de la psicopatología, nos tiene que abrir las puertas a saber quien es el paciente como persona, como maneja sus emociones, que es lo que realmente le preocupa como ser



humano, cuales son los núcleos conflictivos etc... A todo eso no es posible llegar si el médico no se sacude una actitud médico biológica, basada en una observación externa empírica y racional y se deja sumir en una escucha empática, cercana y con un auténtico y genuino interés por lo que le pasa al paciente.

Por último **el contrato**, entendiendo por este la explicitación de las normas bajo las cuales se va a desarrollar el tratamiento psicoterapéutico. Estas incluyen parte de lo mencionado, duración de las sesiones, frecuencia (salvo excepciones 1 a la semana), compromiso de asistencia, actitud y responsabilidad del terapeuta y del paciente, horarios, reglas en caso de incumplimientos y aunque no sea el caso en AP, establecimiento de las condiciones económicas. La importancia del establecimiento del contrato es de capital importancia, cualquier incumplimiento del mismo, puede y en general debe de ser tratado en el contenido de la psicoterapia. En nuestra forma de trabajar incluimos unas instrucciones que se dan al paciente al comienzo de la evaluación, en la que se explícita una descripción del modelo psicoterapéutico así como las condiciones del trabajo que se va a desarrollar.

c. Cuestiones relativas a la formación.

Actualmente, en España el tema de la formación en Psicoterapia no es un asunto cerrado. Hay demasiados intereses en juego y resulta difícil llegar a acuerdos. La organización que más ha apostado por una formación especializada y específica como psicoterapeuta es la *FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas)* entre los criterios de acreditación que señala están:

1. Titulación de rango universitario. La licenciatura en psicología y la licenciatura en medicina y cirugía se consideran adecuadas.

2. Un mínimo de tres años a tiempo parcial, en el período de postrado universitario, dedicados a la formación teórica, técnica y clínica en psicoterapia y a la adquisición de las habilidades básicas del psicoterapeuta, mediante cursos y seminarios, con un mínimo total de 600 horas. Incluirá -si no ha formado parte de la formación universitaria de acceso- al menos 50 horas de conocimientos fundamentales de las diferentes modalidades y orientaciones en psicoterapia.

3. Un mínimo de dos años de práctica profesional supervisada e iniciada tras al menos un año de formación teórica. Incluirá el tratamiento de dos casos y un mínimo total de 100 sesiones de tratamiento. La supervisión de la práctica profesional habrá de realizarse con psicoterapeutas expertos acreditados como tales por las respectivas asociaciones de psicoterapeutas.

4. Un mínimo de seis meses de actividades prácticas en entornos públicos o privados de salud mental, en los cuales el psicoterapeuta en formación pueda tener experiencia directa de la clínica psicopatológica, permitiéndole tomar contacto directo con las diferentes formas de manifestación de los trastornos mentales, y los distintos profesionales que intervienen en la salud mental.

5. Las secciones específicas elaborarán criterios sobre la realización por los candidatos a psicoterapeutas de psicoterapia personal u otros procedimientos que garanticen la capacitación personal del terapeuta.



Algunos pensamos que si estamos hablando de modelos breves de psicoterapia, también tenemos el reto de realizar formaciones adecuadas a la realidad del Medico, que debido a muchos factores, no le es posible embarcarse en formaciones tan largas y costosas.

Recomendaciones antes de decidirse a iniciar una psicoterapia en AP (Schacht 2006):

- ¿Tiene el paciente una relación interpersonal lo suficientemente positiva con el médico de familia?
- ¿Esta relación está caracterizada por calidez, confianza y disposición para hablar abiertamente de aspectos personales? El hallazgo mas contrastado en la investigación en psicoterapia, es que la calidad de la relación terapéutica es el mejor predictor sobre los resultados de la misma.
- ¿Tiene el paciente algún tipo preocupación acerca de las relaciones que pueda mantener el médico de familia con alguna otra persona? Es sabido que el médico de familia tiene acceso a otros miembros de la familia, y esto puede ser utilizado clínicamente pero puede también suponer un riesgo para la alianza terapéutica.
- ¿El paciente puede desplegar su comunicación abierta, sincera, con la suficiente confidencialidad en el entorno en el que va a ser atendido en atención primaria?
- ¿Del tratamiento psicoterapéutico que va a realizar el paciente, ni se va a derivar ni hay implicaciones intermedias vinculadas a bajas laborales ni informes periciales?
- Los pacientes con una historia de abuso físico y/o sexual, están en un riesgo especial a la hora de tener dificultades en establecer relaciones psicoterapéuticas útiles y profundas con el médico de familia, quien a su vez es el responsable de realizar procedimientos exploratorios invasivos en las áreas genitales, por lo cual este tipo de paciente debe de considerarse como una contraindicación para realizar un tratamiento psicoterapéutico en atención primaria.

Si va a realizar una psicoterapia tenga en cuenta:

- Si no hay buena relación con el paciente, fracasara el tratamiento.
- Si el paciente no está en un estadio de cambio de disposición a la acción, el riesgo de abandono prematuro es mayor.
- Ajuste las metas del tratamiento teniendo en cuenta la limitación de tiempo
- No abarque más de lo que pueda, aprenda a focalizar.
- La fase de la psicoterapia en la que esta, le orientara en el proceso.
- Las técnicas son solo una parte de la psicoterapia, el permitir una expresión clara y profunda de las emociones es también necesario.
- Los síntomas los manifiesta un paciente con una personalidad concreta, no lo olvide.
- Las reacciones emocionales del terapeuta son una guía orientativa en el tratamiento.



BIBLIOGRAFIA COMENTADA:**Habilidades de entrevista para psicoterapeutas: con ejercicios del profesor; con ejercicios del alumno (2 vols.)*****Fernández Liría, Alberto y Rodríguez Vega, Beatriz***

Editorial Desclee de Brouwer, s.a. 2003

Texto excelente sobre formación en una psicoterapia basada en la conversación terapéutica, muy práctico y con un gran número de ejercicios. De una orientación narrativa e integradora.

La integración en psicoterapia: manual práctico***Fernandez-Alvarez, Héctor y Opazo, Roberto***

Ediciones Paidós Ibérica, s.a. 2004

Una revisión de los modelos integradores en psicoterapia más actuales, con una focalización prioritaria por los desarrollados en Ibero América.

Psicoterapia cognitivo-analítica. Un modelo integrador de intervención.***Mirapeix C. 2004***<http://www.aperturas.org/18mirapeix.html>

Artículo extenso, disponible on-line sobre la psicoterapia cognitivo analítica, con una viñeta clínica ilustrativa, bibliografía extensa y cuestionarios específicos del modelo.

Reference List

- (1) Norcross JC, Beutler LE, Levant RF. Evidence-based practices in mental health debate and dialogue on the fundamental questions. Washington, D.C: American Psychological Association; 2006.
- (2) Layard R. The case for psychological treatment centres. BMJ 2006 Apr 29;332(7548):1030-2.
- (3) van Schaik DJ, Klijn AF, van Hout HP, van Marwijk HW, Beekman AT, de HM, et al. Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. Gen Hosp Psychiatry 2004 May;26(3):184-9.
- (4) Bea SM, Deleon M. All stressed up with no place to go: a brief guide to psychotherapy referrals for primary care providers, including obstetricians and gynecologists. Clin Obstet Gynecol 2004 Sep;47(3):597-607.
- (5) Lynne H, John O. Personality disorder, primary care counselling and therapeutic effectiveness. Journal of Mental Health 2002 Apr;11(2):131.

- (6) Moran P, Rendu A, Jenkins R, Tylee A, Mann A. The impact of personality disorder in UK primary care: a 1-year follow-up of attenders. *Psychol Med* 2001 Nov;31(8):1447-54.
- (7) Rendu A, Moran P, Patel A, Knapp M, Mann A. Economic impact of personality disorders in UK primary care attenders. *Br J Psychiatry* 2002 Jul;181:62-6.
- (8) Ward RK. Assessment and management of personality disorders. *Am Fam Physician* 2004 Oct 15;70(8):1505-12.
- (9) Butler RN, Cohen G, Lewis MI, Simmons-Clemmons W, Sunderland T. Late-life depression: treatment strategies for primary care practice. *Geriatrics* 1997 Apr;52(4):51-60, 63.
- (10) Norcross JC, Goldfried MR. *Handbook of psychotherapy integration*. 2005;2nd ed.
- (11) Green SA. Office psychotherapy for depression in the primary care setting. *Am J Med* 1996 Dec 30;101(6A):37S-44S.
- (12) Asarnow JR, Jaycox LH, Duan N, LaBorde AP, Rea MM, Murray P, et al. Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression in primary care clinics: a randomized controlled trial. *JAMA : The Journal of the American Medical Association [NLM - MEDLINE]* 2005 Jan 19;293(3):311.
- (13) Clemens NA. Depression, psychotherapy, and primary care. *J Psychiatr Pract* 2004 Mar;10(2):127-9.
- (14) Sullivan MD, Cole SA, Gordon GE, Hahn SR, Kathol RG. Psychiatric training in medicine residencies: current needs, practices, and satisfaction. *Gen Hosp Psychiatry* 1996 Mar;18(2):95-101.
- (15) Mirapeix C. Psicoterapia cognitivo analítica: un modelo general de psicoterapia. XVI Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Bilbao. 1992.
Ref Type: Abstract
- (16) Mirapeix C. De la multicausalidad Biopsicosocial a una concepción integradora de la psicoterapia. Editorial en: *Arch de Neurobiología*; vol. 60 (1):1-3, 1997.
- (17) Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B. Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración. *Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios/19*. Madrid.; 1997.
- (18) Castonguay L, Beutler LE. *Principles of therapeutic change that work*. 2006.
- (19) Lambert M. Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapist. In: Norcross JC.y Goldfried MR, editor. *Handbook of psychotherapy integration*. Basic Books; 1992.
- (20) Prochaska JO, Norcross JC. *Systems of psychotherapy a transtheoretical analysis*. 5th ed. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Pub; 2003.
- (21) Beitman BD. *The structure of individual psychotherapy*. New York: Guilford press; 1987.

- (22) Borkovec TD, Ruscio AM. Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 2001;62 Suppl 11:37-42.
- (23) Durham RC, Chambers JA, MacDonald RR, Power KG, Major K. Does cognitive-behavioural therapy influence the long-term outcome of generalized anxiety disorder? An 8-14 year follow-up of two clinical trials. *Psychol Med* 2003 May;33(3):499-509.
- (24) Gorman JM. Treatment of generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 2002;63 Suppl 8:17-23.
- (25) Ablon JS, Jones EE. Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Am J Psychiatry* 2002 Jun;159(5):775-83.
- (26) Arnow BA, Constantino MJ. Effectiveness of psychotherapy and combination treatment for chronic depression. *J Clin Psychol* 2003 Sep;59(8):893-905.
- (27) Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Conti S, Ruini C, Mangelli L, et al. Long-term outcome of panic disorder with agoraphobia treated by exposure. *Psychol Med* 2001 Aug;31(5):891-8.
- (28) Huppert JD, Bufka LF, Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, Woods SW. Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *J Consult Clin Psychol* 2001 Nov;69(5):747-55.
- (29) Milrod B, Busch F, Leon AC, Aronson A, Roiphe J, Rudden M, et al. A pilot open trial of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder. *J Psychother Pract Res* 2001;10(4):239-45.
- (30) Eddy KT, Dutra L, Bradley R, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Rev* 2004;24(8):1011-30.
- (31) Hogarty GE, Flesher S, Ulrich R, Carter M, Greenwald D, Pogue-Geile M, et al. Cognitive enhancement therapy for schizophrenia: effects of a 2-year randomized trial on cognition and behavior. *Arch Gen Psychiatry* 2004 Oct;61(9):866-76.
- (32) Kaplan AS. Psychological treatments for anorexia nervosa: a review of published studies and promising new directions. *Can J Psychiatry* 2002 May;47(3):235-42.
- (33) Bateman AW, Fonagy P. Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *Br J Psychiatry* 2000 Sep;177:138-43.
- (34) Clarkin JF, Foelsch PA, Levy KN, Hull JW, Delaney JC, Kernberg OF. The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. *J Personal Disord* 2001;15(6):487-95.
- (35) Gabbard GO. Psychotherapy of personality disorders. *J Psychother Pract Res* 2000;9(1):1-6.



- (36) Perry JC, Banon E, Ianni F. Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *Am J Psychiatry* 1999 Oct;156(9):1312-21.
- (37) Ryle A, Golyunkina K. Effectiveness of time-limited cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: factors associated with outcome. *Br J Med Psychol* 2000 Jul;73 (Pt 2):197-210.
- (38) Feinstein RE, Feinstein MS. Psychotherapy for health and lifestyle change. *J Clin Psychol* 2001 Nov;57(11):1263-75.
- (39) Timothy AC. Estimating treatment duration for psychotherapy in primary care. *Journal of Public Mental Health* 2006 Sep;5(3):23.
- (40) Gilbert N, Barkham M, Richards A, Cameron I. The effectiveness of a primary care mental health service delivering brief psychological interventions: a benchmarking study using the CORE system. *Primary Care Mental Health* 2005 Dec;3(4):241-51.
- (41) Larry BM. An evidence-based recipe for primary care, psychotherapy and patient preferences: Response to "A systematic review of brief psychological therapies in primary health care". *Families, Systems & Health* 2000;18(3):315.
- (42) Mirapeix C. Psicoterapia cognitivo-analítica. Un modelo integrador de intervención. <http://www.aperturas.org/18mirapeix.html> 2004.
- (43) Mirapeix C. Psicoterapia Cognitivo Analítica. In: Caro I, editor. *Psicoterapias Cognitivas*. Paidós; 2003.
- (44) Beutler LE, Clarkin JF. *Systematic treatment selection toward targeted therapeutic interventions*. 1990.
- (45) Blatt SJ, Zuroff DC. Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence based treatments in mental health. *Clin Psychol Rev* 2005 Jun;25(4):459-86.
- (46) Rost K, Nutting P, Smith JL, Elliott CE, Dickinson M. Managing depression as a chronic disease: a randomised trial of ongoing treatment in primary care. *BMJ* 2002 Oct 26;325(7370):934.
- (47) Sherbourne CD, Wells KB, Duan N, Miranda J, Unutzer J, Jaycox L, et al. Long-term effectiveness of disseminating quality improvement for depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 2001 Jul;58(7):696-703.
- (48) Schacht TE. Making psychotherapy work in primary care medicine. *Am Fam Physician* 2006 Jan 1;73(1):34, 37.
- (49) Willemse GR, Smit F, Cuijpers P, Tiemens BG. Minimal-contact psychotherapy for sub-threshold depression in primary care. Randomised trial. *Br J Psychiatry* 2004 Nov;185:416-21.



- (50) Beitman BD. Integrating psychotherapy and pharmacotherapy dissolving the mind-brain barrier. New York: Norton; 2003.

C. Mirapeix

