

1998

# PSIQUIATRIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Capítulo 4.5 (p 617-638): Conceptos Básicos de Psicoterapia para su aplicación en Atención Primaria. Carlos Mirapeix  
**PSIQUIATRIA EN ATENCION PRIMARIA.**

**Editorial: Grupo Aula Medica SA, 1998.**

**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 Psicoterapeúticos

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 4.5 (P 617-638):

## CONCEPTOS BÁSICOS DE PSICOTERAPIA PARA SU APLICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

## 1.- INTRODUCCIÓN.

Si el Médico de Atención Primaria (MAP) ha de saber utilizar 2 o 3 antidepresivos básicos, otros tantos ansiolíticos y algún que otro neuroléptico (1), la pregunta que deben de hacerse es ¿y por qué no debemos saber aplicar tratamientos básicos de psicoterapia?. De esto va este capítulo. Sin pretender ser una guía de psicoterapia en atención primaria (AP), intenta dar al MAP unos conocimientos básicos de psicoterapia, basados en los datos empíricamente validados en la actualidad y que se construyen desde una perspectiva integradora (2,3,4,5).

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" (6). 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 está 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 (7). 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 (8) y permitir que el paciente decida en colaboración con su médico que tipo de abordaje prefiere que se realice (9).

La deficiente formación en psicoterapia es reconocida por los MAP (10) así como por los compañeros de atención primaria con quienes tuve la ocasión de compartir la discusión de una versión inicial de este capítulo. 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 solo 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 clásicos de clasificación (11,12).

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 cognitivo analítica (13,4) en línea con desarrollos similares realizados por otros autores (14). 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, según la propuesta de Beitman (15); un modelo que bien podría denominarse de Psicoterapia General (16), 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 (17). Como luego veremos, para acercar al lector a lo que planteo utilizaré una analogía con el actual Médico de Familia y/o con el Internista, defendiendo el valor de lo integrador y de los conocimientos generales, como una virtud olvidada y desprestigiada en un contexto en el que la superespecialización esta hipervalorada.

- **Del modelo Bio-Psico-social a los Modelos Integradores en Psicoterapia.**

La visión más globalizadora que tiene el MAP, se ve confirmada por la asunción mayoritaria del modelo bio-psico-social, como marco teórico de referencia desde el que entienden la patología. Me gustaría reflexionar sobre algunas consecuencias derivadas de este modelo y su repercusión en el desarrollo de una concepción integradora de la psicoterapia. Como tenía ocasión de defender recientemente (5) el modelo Bio-psico-social nos sirve como marco teórico de referencia desde el cual poder comprender el complejo entramado de factores bio-psico-sociales 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. Este planteamiento conlleva poner en práctica estrategias de tratamiento integrado que intervengan en cada uno de los subsistemas implicados. Esta misma actitud de búsqueda de nuevos niveles explicativos y de intervención, es la que nos hace a muchos psicoterapeutas plantearnos y acercarnos a la psicoterapia de otra forma según la cual, con una visión integradora, pretendemos mirar más allá de los confines de una escuela simple y singular con la intención de ver qué es lo que podemos aprender y utilizar de otras escuelas. La integración en psicoterapia implica la síntesis de "los mejores y más brillantes" conceptos y métodos en nuevas teorías y modelos prácticos de tratamiento (18). La evidencia empírica de efectividad, el respaldo académico y la congruencia con lo socialmente reconocido como válido, son los criterios de validación de los nuevos conceptos psicoterapéuticos (19) que nos ayudaran a no caer en el sincretismo y la anarquía teórico/técnica. Estos modelos de intervención integrada son lo que hoy denominamos modelos integradores de psicoterapia cuya implantación a nivel internacional (y poco a poco a nivel nacional) resulta progresivamente creciente y la aproximación y diálogo entre diferentes escuelas



psicoterapéuticas está convirtiéndose en un hecho real en nuestra práctica asistencial, de tal forma que como recogen los últimos trabajos publicados sobre el tema, en torno al 50% de los psicoterapeutas norteamericanos se reconocen así mismos como integradores y/o eclécticos (20).

Desarrollando lo que planteaba en el primer párrafo, 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 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. Solo una concepción de circularidad causal y de complementariedad entre los factores implicados, permite el diseño de intervenciones integradas en un nivel de integración intrasistema (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. Tan solo una nueva actitud abierta, dialogante, buscadora de complementariedades y sinergismos nos va a permitir enriquecer nuestros modelos de intervención en general y psicoterapéuticos en particular. Será el dialogo fructífero entre escuelas y la investigación rigurosa, la que nos permitirá obtener tratamientos más efectivos para nuestros pacientes. Lo que sigue a continuación es una buena muestra de lo que estoy planteando.

- **Un modelo general de psicoterapia**

Lo novedoso de este capítulo, es que presento un modelo general de psicoterapia basado en una concepción integradora de la psicoterapia. Un modelo general e integrador de psicoterapia que integre los conocimientos existentes en un momento dado, que resuelva las patologías más sencillas y que sea una buena primera intervención para casos más graves y que tenga claros criterios de remisión a otros especialistas de aquellas patologías especialmente complejas o resistentes a este abordaje inicial. Quiero hacer hincapié en que los casos que se ven habitualmente en atención primaria no son pacientes bordelinde o narcisistas o trastornos obsesivos graves. Lo habitual, es lo más frecuente y lo más sencillo y ésta que es la realidad de nuestra práctica cotidiana con la patología médica, también lo es con la mental. La patología que nos encontramos en asistencia primaria no tienen en general esta elevada carga patológica, sino que son cuadros muchos más leves, fruto de problemas relacionales puntuales, de psicopatología menor (21) y a mi juicio, las elaboraciones teóricas y técnicas que se realicen debe de tener en cuenta esta diferencia en la psicopatología. Es por ello que no debemos plantear modelos de intervención harto complejos, sino dar la estructura básica de intervención de un modelo aplicable y basado en los datos empíricamente validados. El campo de la integración en psicoterapia y los planteamientos teóricos y técnicos de la psicoterapia cognitivo analítica satisfacen esos requerimientos..



Voy a utilizar una analogía que es la del Médico de familia y/o el Internista que a lo largo de su formación pasa por diferentes servicios: Cardiología, Neurología, Medicina Interna, Psiquiatría...etc., con la finalidad de adquirir conocimientos que le permitan después desarrollar esa práctica Médica como es la del Médico de familia y/o el Internista, que sabe de todo un poco, sin estar específicamente especializado en una materia concreta. Su habilidad consiste precisamente en saber utilizar de manera globalizadora los conocimientos que aprendió. De igual modo, la psicoterapia integradora, general, utiliza los conocimientos de otras psicoterapias más especializadas, psicoanálisis, terapia cognitiva, terapias sistémicas..... integrando y utilizando de manera más global los conocimientos que adquirió de ellas. Esto permitirá al psicoterapeuta integrador (general) tratar las patologías más frecuentes y en aquellos casos en que no se resuelva la sintomatología, tener el criterio suficiente para remitírselo a algún psicoterapeuta más especializado sea éste psicoanalítico, cognitivista...etc. en función de los requerimientos del caso clínico. Recojo sintéticamente lo planteado en una tabla en la siguiente página:



**UN MODELO DE PSICOTERAPIA GENERAL (BREVE e INTEGRADA)  
DE ORIENTACION COGNITIVO-ANALITICA  
LA Analogies DEL MÉDICO DE FAMILIA Y/O DEL INTERNISTA**

<b>NIVEL DE ANÁLISIS</b>	<b>ASPECTOS COMUNES</b>
<b>Antropológico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rol Social curativo</li> </ul>
<b>Metateoría</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bio-psico-social</li> <li>• Integración Multinivel: longitudinal y transversal.</li> </ul>
<b>Teoría</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• General y abarcativa</li> <li>• Fundamentada científicamente</li> <li>• Necesita del conocimiento especializado para nutrirse.</li> </ul>
<b>Objetivos Terapéuticos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cribaje y selección de la demanda</li> <li>• Tratar lo más frecuente y derivación de lo complejo.</li> <li>• Ser efectivos y eficaces</li> <li>• Acercar el servicio al usuario</li> </ul>
<b>Técnicas Intervención</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilización de múltiples estrategias y técnicas.</li> <li>• Centrados en el paciente, en lo útil.</li> <li>• Contextualización ecológica de la intervención.</li> </ul>
<b>Aspectos personales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensamiento sintético</li> <li>• Capacidad de relativizar</li> <li>• Búsqueda de las complementariedades.</li> <li>• Asunción de limitaciones y valoración de aportaciones</li> </ul>
<b>Cuestiones de formación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adquisición de conocimientos de diferentes especialidades/escuelas.</li> <li>• Se estimula una visión globalizadora</li> <li>• Más corta que la del especialista.</li> </ul>

Mirapeix, C 1998



Serán los especialistas en Psicoterapias más sofisticadas, los Psicoanalistas, los Cognitivistas, los Sistémicos... los que irán haciendo desarrollos más profundos dentro de sus propios campos y que nosotros, en la medida que se pueda y que veamos que es útil, iremos incorporando a la Psicoterapia Integradora. A su vez espero que desde la psicoterapia integradora se puedan producir conceptualizaciones teóricas que permitan favorecer una visión más globalizadora del ser humano, así como sugerir áreas de investigación a esos otros distintos especialistas y que se recree una comunicación y una circularidad entre unos y otros, y que de una vez por todas salgamos de la citación endogámica.

## 2.- DEFINICIONES Y MODELOS CLASICOS DE PSICOTERAPIA

### • **Definiciones 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 (22), 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 cuál 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 arriesgo 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.

- **Modelos clásicos 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 (23): "La psicoterapia no pretende cambiar la realidad externa, física o social, la facticidad, 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 autoposesión 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 específico sobre este modelo de terapia que aborda con más 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 (24).

### **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 a 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 una camino totalmente novedoso e igualmente válido de entender y tratar la conducta problemática (22).

### **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. 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 (3).

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 (25). Aunque estudios posteriores han venido a introducir matizaciones en esta afirmación (26), en su momento, el planteamiento de la igualdad en la efectividad clínica promovió que se desarrollase este área de investigación, la de los factores comunes en Psicoterapia. Esta fue desarrollada ampliamente por Frank,J (27), quien describe una serie de elementos activos comunes a todas las Psicoterapias y a la que prestaremos atención más detallada más adelante en este capítulo.

La psicoterapia ecléctica es ateórica, 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 (3).

Esta concepción integradora de la Psicoterapia está basada en una triflexibilidad (28) que requiere lo siguiente: 1.- Integrar las múltiples escuelas de Psicoterapia. 2.- Integrar esta integración con los conceptos psicoterapéuticos y personales de cada terapeuta individual. 3.- Integrar esta integración con los conceptos definiciones del sí mismo y puntos de vista vitales del paciente que está sentado enfrente del terapeuta. En la siguiente tabla vamos a ver cual son las aportaciones diferenciales de los modelos psicoterapéuticos clásicos citados y que conceptos pueden ser integrados en una concepción más extensa, integradora y general de la psicoterapia.



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

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

*Modificado de Beitman 1992*

En definitiva, los objetivos de un abordaje integrador incluyen preservar las ideas más valiosas de los sistemas psicoterapéuticos principales, dar orden a la diversidad caótica del campo de las psicoterapias, ofrecer una alternativa susceptible de ser investigada y comparada, y generar un abordaje sistemático.

- **Evidencia de la efectividad de la psicoterapia.**

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 desanimo. 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.

**Aspectos generales:**

Muchas psicoterapias han sido objeto de estudios empíricos y han demostrado su efectividad sobre una variedad de pacientes. Estos efectos son clínica y estadísticamente significativos y después de la revisión realizada por el grupo de Lambert (29), 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 (30). 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.

### **La efectividad de la psicoterapia en entornos de Salud Mental**

La evidencia de resultados favorables de la psicoterapia en los trastornos psiquiátricos, está fuera de toda duda en las diferentes entidades nosológicas en que esta ha sido aplicada: en trastornos generalizados de ansiedad (31), en trastornos de pánico (32), en la fobia social (33), en los trastornos obsesivos (34), en la depresión (35, 36,,) en la esquizofrenia y trastornos mentales graves (37) en los trastornos alimentarios (38) y en los trastornos de personalidad es el más importante de los abordajes terapéuticos (39,40).

### **La efectividad de la psicoterapia en A.P.**

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 (41), en trastornos de pánico (42), en depresión (43,44), en trastornos mixtos ansioso depresivos (45), en los trastornos por somatización (46), en los trastornos alimentarios (47), en el alcoholismo (48), en psicogeriatría (1) y como decía en patología médica específica (trastornos neurológicos, cáncer, diabetes, patología cardíaca....) en la que con frecuencia se asocia comorbilidad psiquiátrica (49). Todo lo anterior referido a los abordajes en su mayoría realizados en formatos individuales, si nos extendiésemos a las aplicaciones de otros formatos como los grupales o familiares en este contexto, necesitaríamos otro capítulo, y eso está previsto en este texto.

Otras de las conclusiones estimulantes para muchos médicos de familia que se decidan a la práctica de la Psicoterapia y que viene derivada de los datos empíricos obtenidos en la revisión que venimos citando de Lambert (29), se refieren a que los efectos terapéuticos de esta, obtenidos por parte de clínicos menos experimentados en la práctica de la Psicoterapia, y que han sido adecuadamente entrenados y supervisados por terapeutas profesionales, son tan capaces de ser de ayuda como los psicoterapeutas expertos a la hora de obtener buenos resultados en la aplicación de la psicoterapia. Incluso se han realizado estudios con respecto a la efectividad de profesional no médico, bien entrenado en la práctica de Psicoterapia con resultados similares.

### **Implicaciones de un tratamiento efectivo:**

Las consecuencias de la evidencia de efectividad de la psicoterapia, no son sólo clínicas, sino que el alivio del sufrimiento va asociado a una disminución de costes, a una utilización más adecuada de los recursos y a una mejor adaptación socio laboral (50), aunque de todas formas



queda mucho por investigar en este terreno, en especial en lo referente a los efectos a largo plazo en la mejor prevención de recaídas y en una consistente disminución de costes (51).

Por otro lado, al MAP, a quien se le presenta un tratamiento que es efectivo para la resolución de los trastornos que trata, se le sitúa ante la necesidad de formarse en este tipo de tratamientos para poder ser más efectivos en su quehacer diario. Una evidencia de efectividad tan sólidamente documentada a lo largo de años de investigación, no puede pasar desapercibida a los clínicos que están en el día a día de la asistencia en atención primaria, siendo este argumento extensivo a otras especialidades y a los entornos de Salud Mental, últimamente excesivamente biologizados.

### 3.- UN MODELO INTEGRADO Y GENERAL DE PSICOTERAPIA

#### 3.1.- ALGUNOS CONCEPTOS UTILES DERIVADOS DE UNA CONCEPCION INTEGRADA DE LA 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 cuál sea su marco teórico de referencia.

##### Los Estadios de Cambio:

Prochaska (52) que desarrollo 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**

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

*Mirapeix 1998*

*(\*) Motivado a no recaer*



Queda claro en la tabla que en función de que el paciente tenga noción de conflicto psicológico o un grado de psicologización adecuado, de que tenga o no una motivación para cambiar y que esté presente o no una disposición a actuar y modificar la conducta, el estadio del cambio al que es asignado es diferente. Basándonos en estos estadios de cambio descritos por el autor mencionado, podríamos decir que es fundamental detectar el estadio al cual se puede asignar al paciente antes de decidimos realizar un tratamiento psicoterapéutico. El motivo fundamental es que si no hay una conciencia de enfermedad sea esta psicológica o sea física, si no hay una motivación para cambiar la enfermedad de la que el sujeto es objeto, sea esta psíquica o física, y si el paciente no está dispuesto a actuar en consecuencia para modificar las conductas patológicas que están agravando, provocando y manteniendo dichos problemas, nos encontramos que nuestra intervención médica/psicoterapéutica va a estar condenada al fracaso en el caso de que el paciente este en un nivel precontemplativo.

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 solo 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.

Imaginemos pues la tabla mencionada anteriormente, no solo para analizar el posible conflicto psicológico en el paciente o la motivación para cambiarlo o la disposición para actuar, todo ello referido a patología psíquica. Vayamos mas allá e imagínese este modelo aplicado a un paciente con una hipertensión, con una diabetes o con un tabaquismo o con cualquier otra enfermedad médico quirúrgica, en el que las variables descritas en la definición que condicionan la asignación a un determinado estadio de cambio, pueden ser también utilizadas para asignar el mismo estadio de cambio, al paciente con patología somática y hacernos valorar que no debemos empezar nuestra intervención estrictamente médica, hasta que hayamos conseguido que el paciente este en un estadio de cambio de preparación a la acción, porque es donde nuestra intervención va a resultar de mayor efectividad. Actualmente nuestro grupo está trabajando con la última versión del cuestionario de Prochaska de 18 ítems para la asignación de estadio de cambio al paciente.

### **La importancia de los factores comunes en la psicoterapia**

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 (27), 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 (53):

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 contador 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 aterrorizaban, 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 tiene usted en cuenta todos estos factores y los mecanismos para poder llegar a ellos, parte del efecto beneficioso de la terapia la tiene usted en sus manos, independientemente de cuál sea el modelo terapéutico que usted elija.

### **Las fases de la psicoterapia individual**

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 (54). Estas vienen reflejadas en la siguiente tabla.





**Las Fases de la Psicoterapia Individual**

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

*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 tienen aspectos específicos y 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, sin 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. Y hago hincapié en esta primera celda de la tabla porque estos primeros compases del inicio de la psicoterapia, son tan importantes, que pueden llegar a condicionar de manera definitiva que el tratamiento sea exitoso o un fracaso. Por encima de todo, estimado lector, me permito aconsejarle que mime usted, tan bien como le sea posible, la calidad y calidez de la relación personal que establezca con su paciente en esta primera sesión; sabiendo que estas deben de 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.

### **Mecanismos de cambio en Psicoterapia:**

Parte de la incredulidad de algunos, tanto pacientes como profesionales, viene derivada de la duda acerca de cómo se va a poder curar a través de la palabra. Que la palabra ha sido vehículo de sanación, agresión, amor, envidia, que un buen consejo nos alivia, que una orden nos inhibe, que una sugerencia nos hace reconocer nuevas áreas, que una conversación profunda y sincera con un amigo nos hace reconsiderar nuestra escala de valores y que un tratamiento psicoterapéutico profundo, con un terapeuta que sepa llevar adecuadamente dicho tratamiento, puede hacer que el individuo modifique su forma de percibir la realidad, de analizarla, de cómo vive e integra su mundo emocional, cómo se comporta, cómo se relaciona con las personas de su entorno y hasta como puede llegar a modificar su escala de valores. Cualquiera que lea sobre investigación de resultados en psicoterapia, no le cabra ninguna duda de que todos estos efectos se pueden conseguir a través del fenómeno de la curación por la palabra, pero sobre todo a aquellos que hayan tenido una experiencia personal en psicoterapia, no dudaran de lo que digo. Y es que además hoy en día tenemos datos para afirmar con rotundidad (aunque a algunos les resulte necesario consultar los artículos que menciono) que la psicoterapia también es efectiva por que modifica la funcionalidad cerebral. Trabajos recientes demuestran que las imágenes preterapia con PET Scan se modifica al realizar una intervención psicoterapéutica y producirse la curación del paciente (55)

Pero profundicemos un poco mas y veamos cuales son los mecanismos que operan en el cambio terapéutico que se produce en psicoterapia, que distintos elementos hacen que cambie el comportamiento. De nuevo el modelo de psicoterapia transteorética (52) y el análisis profundo que llevo a cabo de diferentes modelos psicoterapéuticos llevo a la conclusión que, después de realizar un análisis multifactorial de distintos componentes curativos de diferentes modelos psicoterapéuticos, los resumió en los que vienen reflejados en la siguiente tabla.



**MECANISMOS DE CAMBIO EN PSICOTERAPIA***Vinculando mecanismos de cambio, contenidos y técnicas*

<b>MECANISMO CAMBIO</b>	<b>CONTENIDO</b>	<b>TECNICAS</b>
Toma de Conciencia	Incrementar la información acerca del self y los problemas que el paciente tiene	Observación Confrontación Interpretación
Liberación social	Incrementar las alternativas sociales para las conductas que no son problemáticas.	Estimular los derechos reprimidos Estimulación Intervenciones ambientales
Activación emocional	Experimentar y expresar sentimientos acerca de uno mismo y de las soluciones.	Psicodrama Duelos de las perdidas Role playing.
Autoevaluación	Evaluar y valorar los sentimientos y pensamientos acerca de uno mismo con respecto a un problema concreto.	Clarificación de valores Imaginería Experiencia emocional colectiva.
Compromiso	Elegir y comprometerse a actuar y creer en la capacidad de cambiar.	Ejercicios de toma de decisiones Terapia de resolución de problemas
Contracondicionamiento	Sustitución y alternativa para las conductas problemáticas	Relajación Desensibilización Entrenamiento asertivo Entrenamiento en autoinstrucciones.
Control ambiental.	Evitación del estímulo que elicit la conducta problema	Reestructuración ambiental Evitación del estímulo Evitación de conductas de alto riesgo
Refuerzo	Refuerzos hacia el self o ser reforzados por otros por el hecho de efectuar cambios.	Contratos de contingencia Refuerzos directos o encubiertos
Relaciones de ayudas	Saber valorar la ayuda de alguien que cuida de nosotros	Alianza terapéutica Apoyo social Grupos de autoayuda.

*Modificado de Prochaska 1994*

En esta tabla hay una magnífica interrelación entre mecanismos de cambio, contenidos y técnicas a utilizar.

### 3.2.- UN MODELO DE PSICOTERAPIA BREVE INTEGRADA:

A lo largo del capítulo hemos ido viendo distintos aspectos de la psicoterapia, y vengo refiriéndome a un modelo específico de psicoterapia breve integrada de orientación cognitivo analítica. En este apartado vamos a profundizar en el y veremos como en su nombre: psicoterapia breve integrada, lleva implícito su definición y contenido.

Los tratamientos breves en psicoterapia, como han señalado otros autores (56), son modelos de capital importancia para la incorporación de la psicoterapia a la asistencia pública.

#### **La necesidad de un modelo de psicoterapia breve en A.P:**

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. 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 muy temprano 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 (57). 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.

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 quedo ampliamente expuesto en un artículo de revisión sobre el tema a donde se remite al lector interesado (4).



El modelo cognitivo analítico en el que está basado 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.

Este modelo de psicoterapia breve está siendo aplicado ampliamente en el sistema Inglés de Salud Pública y con una progresiva y creciente implantación en el panorama Inglés de las psicoterapias breves. En un estudio reciente (58), sobre un total de 304 pacientes, a 120, es decir, un 39% de la muestra total que acudió a la primera cita, se les indicó la participación en un programa de psicoterapia cognitivo analítica, como terapia de primera elección, siendo este modelo de psicoterapia, uno de los pocos modelos integrados en psicoterapia con verificación empírica de su efectividad (59).

***Estructura de la Terapia:***

La Psicoterapia cognitivo analítica, al ser un modelo de psicoterapia breve, limitado a 16 sesiones, es un tratamiento muy estructurado a priori, y la descripción de las fases del tratamiento y su contenido es bastante estandarizado, la interrelación de las fases de la terapia individual junto con la estructura específica de la terapia, viene sintetizado en la siguiente tabla:



**Tabla VI**  
**ESTRUCTURA DE LA PSICOTERAPIA BREVE INTEGRADA**

FASES	Sesiones	Historia	Cuestionarios Específicos	Reformulación	Autorregistros Objetivos	Intervenciones Transferenciales	Otras Técnicas	Terminación
<i>Compromiso</i>	1	X				X		
<i>Patrón</i>	2	X	X			X		X
	3	X	X			X		X
	4			X		X		X
<i>Cambio</i>	5 a 14				X	X	X	X
<i>Terminación</i>	15 a 16				X	X	X	X

*Mirapeix, C 1998*

La evaluación que utilizamos en nuestro Instituto, se compone de dos o tres entrevistas diagnóstico/terapéuticas en las que se utilizan instrumentos específicos de evaluación: el cuestionario de esquemas disfuncionales (modificado del cuestionario de psicoterapia Ryle), el cuestionario de mecanismos de defensa, y un cuestionario biográfico autoaplicado específico de elaboración propia. La información recogida nos tiene que permitir reformular la queja inicial con la que vino el paciente a consulta, establecer los objetivos terapéuticos y la planificación de trabajo terapéutico.



**La Reformulación de la queja inicial:**

La **Reformulación** es la creación conjunta -entre paciente y terapeuta- de una descripción sucinta y accesible de la dinámica subyacente de los síntomas y problemas que trajeron al paciente a la consulta.

La reformulación puede ser verbal o escrita, a través de ella se establecen los focos de la terapia e indefectiblemente nos lleva a establecer por escrito y trasladar a las hojas de autorregistro los objetivos y metas de la terapia, que serán el hilo conductor de la terapia.

La transmisión al paciente de una conceptualización de los problemas que presenta a través de la elaboración de un mito teórico-explicativo, es fundamental a la hora de que paciente y terapeuta compartan una metateoría explicativa de los procesos implicados en la génesis y mantenimiento de los problemas que le trajeron al paciente a la consulta. El planteamiento teórico que sustenta la reformulación implica que los síntomas que inicialmente trajo a la consulta, forman parte de una estructura cognitiva, afectiva y relacional subyacente, generada a lo largo la historia del individuo, a los que denominamos esquemas personales y que constituyen la estructura central de significación del individuo. Este esquema teórico nuclear es el que el paciente debe de hacer suyo, para que a través del mismo le sea posible la comprensión y realización del tratamiento psicoterapéutico que le proponemos.

Toda Reformulación debe de incluir: a) las dificultades centrales del paciente. b) mencionar los hitos biográficos significativos para el sujeto (experiencias que conforman las estructuras centrales de significación, los esquemas personales del individuo). c) establecer puentes de unión entre esas experiencias pasadas y los problemas actuales. d) establecer las que se consideraran conductas problema. e) cuales son los precipitantes y consecuentes actuales referidos por el paciente. f) describir los procedimientos desadaptativos y reiterativos que utiliza el paciente para manejar su vida. g) describir las metas de la terapia, repitiendo a modo de resumen al final de la carta los procedimientos problemáticos. h) trasladar de manera abreviada las conductas problema y los procedimientos problemáticos, a las hojas de autorregistro para el trabajo psicoterapéutico posterior. i) debe de incluir cuales son los obstáculos que se prevén en el tratamiento a la luz de la reformulación. j) los datos presentes en la reformulación deben permitir comprender cual es el modelo de relación que se va a establecer entre el paciente y el terapeuta.

La Reformulación permitirá entender y establecer relaciones explicativas coherentes entre las quejas que inicialmente presenta el paciente y la hipótesis explicativa que le presenta el terapeuta, basada en la detección de los procedimientos problemáticos repetitivos que el paciente ejecuta, en base a su estructuración cognitivo-afectiva que ha ido desarrollando a lo largo de su vida (4,13)

**La establecimiento de los objetivos terapéuticos:**

La determinación de los objetivos en psicoterapia va mas allá de la evaluación sintomática a la que el Medico suele estar acostumbrado. Los objetivos terapéuticos se obtienen de una extensa evaluación y diagnostico de niveles disfuncionales del individuo (3, 56) y en un intento de síntesis podemos establecer que los distintos niveles sobre los cuales se puede plantear el intervenir tienen que ver con las siguientes áreas (52):





- 1.- Problemas sintomáticos y situacionales.
- 2.- Condiciones maladaptivas.
- 3.- Conflictos interpersonales actuales.
- 4.- Conflictos sistémicos familiares.
- 5.- Conflictos intrapersonales.

Los objetivos terapéuticos que se determinen, deben de ser descripciones claras y concisas de lo que el paciente y terapeuta entienden que funciona mal. La depresión, la angustia, el temor a espacios abiertos, las dificultades en las relaciones... nos recuerdan las metas que la terapia pretende cambiar. Pero necesitamos también describir adecuadamente problemas que inicialmente el paciente no se queja de ellos, bien por que presenta conductas adaptativas disfuncionales, o por que evalúan el sufrimiento como algo inherente a sus vidas, o por falta de crítica a sus asunciones negativas. De tal forma que se deberán de recoger como conductas problema comportamientos tales como: "incapacidad para disfrutar", "excesiva autocrítica", "comportamientos hipernormativos", "inhibición de aspectos creativos", o aquellos otros niveles de conflicto de los que inicialmente el paciente no se queja, pero que tras la evaluación, paciente y terapeuta coinciden en que la queja inicial por la que consulto y los conflictos señalados tienen relación y deben de ser objeto del trabajo psicoterapéutico.

Los procedimientos problemáticos muestran como el paciente contribuye a crear sus propias experiencias; como mantiene sus procesos desadaptativos, que terminan en lo que se describió como conductas problema. Son subrutinas cognitivas disfuncionales tipificadas como trampas, dilemas y pegadas (13) que son detectadas en el proceso de evaluación al inicio de la terapia, a través del "cuestionario de psicoterapia". La descripción de estos procedimientos es de crucial importancia ya que describen y ponen en evidencia en tiempo presente, en el aquí y ahora, como el paciente mantiene activamente sus dificultades.

#### **La fase activa de la terapia y los nodos de decisión técnica:**

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 (52), los niveles en los que el terapeuta debe de intervenir inicialmente son aquellos niveles sintomáticos y situacionales en los que los cambios tiendan a ocurrir mas rápidamente y que habitualmente suelen representar la razón primaria por la que el individuo busca terapia y que además es el nivel mas 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 (57, 13). 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 "deberes" adecuados y a revisar el trabajo realizado por el paciente en tales "deberes" entre sesiones. Algunos pacientes serán concienzudos y eficaces en su trabajo, utilizando al terapeuta de forma no problemática, 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, reflejarán 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 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 (60), 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. Veamos algunos de estos menús de decisión:

- *Técnicas de activación emocional e incremento de la percepción sensorial del paciente:*

Focalización en los estados sensoriales, toma de conciencia de los sentimientos, utilización de la técnica de dos sillas, utilización de la técnica de los asuntos no terminados con técnicas gestálticas, imaginería estructurada, técnicas de trabajo con los sueños, la técnica de la búsqueda del self oculto, la búsqueda de los polos opuestos emocionales, asociación libre, expresividad psicocorporal, y ejercicios de relajación con imaginería asociada.

- *Procedimientos para el desarrollo del insight (introspección) acerca de los problemas que tiene el sujeto, entre estos nos encontramos:*

Asociaciones libres, interpretación de sueños, estimulación de las proyecciones transferenciales, interpretación de las resistencias y las defensas, análisis de los motivos ocultos a través de los errores en el lenguaje de la vida cotidiana, exploración libre de la fantasía del sujeto, discusión de los recuerdos tempranos, la construcción y análisis de genogramas, el trabajo con la técnica de las dos sillas utilizadas específicamente en conflictos interpersonales.

- *Técnicas para la reducción del malestar inmediato que puede estar sintiendo un paciente en un momento concreto de la sesión (técnicas de control sintomático):*

Catarsis, reaseguramiento, relajación, distracción, reflexión y racionalización, consejo y psicopedagogía, técnicas pseudohipnóticas ayudadas por imágenes placenteras, control de la respiración, focalización en las sensaciones agradables.

- *Técnicas dirigidas a la acción y al cambio de conducta:*

Role playing, modelado, tareas para casa, asignación graduada de objetivos, ensayo conductual, control de los estímulos, contratos de contingencias, entrenamiento en asertividad, resolución de problemas.

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 (61). 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.

### **Indicaciones y contraindicaciones en psicoterapia.**

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 en (62,22).

#### *Indicaciones de la psicoterapia.*

- 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..



*Contraindicaciones de la Psicoterapia.*

- 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.

**Requerimientos organizativos.**

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 (17), 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, que 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 observacionista, 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.

#### 4.- ALGUNOS COMENTARIOS FINALES

##### **Combinación con fármacos.**

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 (63). 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.

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 mas 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.

### **El papel de otros profesionales de la Atención Primaria en la psicoterapia.**

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 (64) 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 (65), una excelente revisión sobre el papel de la enfermera en los tratamientos de psicoterapia en AP, se encuentra en (66). 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 (67, 68).

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.

### **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 posgrado 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 Médico, que debido a muchos factores, no le es posible embarcarse en formaciones tan largas y costosas.

(\*) Quiero expresar mi agradecimiento a los Doctores: Elena Bustamante, Jesús Cajigas, Jesús Castillo, Jesús García Cobo, Pedro Sanroma y Ana Sobrino, Médicos de Familia, que trabajan en AP y que con su interés por la psicoterapia me ayudaron en dos largas mesas redondas en las que discutimos aspectos incluidos en el capítulo, sus aportaciones me resultaron muy valiosas.

#### LECTURAS RECOMENDADAS:

- Mirapeix C. Número Monográfico sobre Integración Cognitivo Analítica en Psicoterapia, Revista de psicoterapia. Vol 20. 1994.  
Varios artículos sobre un modelo específico de integración en psicoterapia como es el cognitivo analítico.
- Feixas G, Miro MT. Aproximaciones a la psicoterapia : una introducción a los tratamientos psicológicos. Paidós. 1993.  
Una buena revisión en castellano sobre las diferentes escuelas psicoterapéuticas, en el que por primera vez se incluye en un texto Español un capítulo sobre los modelos integradores.
- Ryle, A. Cognitive-Analytic Therapy: Active participation in Change. A New Integration in Brief Psychotherapy. John Wiley & Sons.1991.  
Libro de referencia para quienes quieran profundizar en psicoterapia cognitivo analítica.
- Fernández Liria A, Hernandez Monsalve M, Rodriguez Vega B. Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios/19. Madrid. 1997.  
Un texto valioso por la revisión de los modelos que realiza y por las reflexiones sobre la aplicación práctica de la psicoterapia en la Salud Pública.





*BIBLIOGRAFIA*

- 1) Butler RN, Cohen G, Lewis MI, et al. Late-life depression: treatment strategies for primary care practice. *Geriatrics* 52(2):51-64, 1997.
- 2) Norcross JC. Goldfried MR. *Handbook of psychotherapy integration*. Basic Books. 1992.
- 3) Mirapeix C. Una concepción integradora de la psicoterapia: más allá del dogmatismo de escuela. *Psiquis*. Vol 14, Abril, 9-25, 1993
- 4) Mirapeix C. Psicoterapia cognitiva analítica: un paradigma de integración en psicoterapia. Antecedentes, justificación epistemológica, aspectos teóricos y técnicos. *Revista de psicoterapia*. Vol 20: 5-44, 1994.
- 5) Mirapeix C. De la multicausalidad Biopsicosocial a una concepción integradora de la psicoterapia. Editorial en: *Arch de Neurobiología*; vol 60 (1):1-3, 1997.
- 6) Green SA. Office psychotherapy for depression in the primary care setting. *Am J Med* 101(6 A):37-44, 1996.
- 7) Hirschfeld RM, Keller MB, Panico S et al. The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. *JAMA*. 277(4):333-40, 1997.
- 8) Ferentz KS. Panic disorder and agoraphobia. Nondrug treatment options for primary care physicians. *Postgrad Med* 88(2):185-92, 1990.
- 9) Muñoz RF, Hollon SD, McGrath E, et al. On the AHCPR depression in primary care guidelines. Further considerations for practitioners. Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR. *Am Psychol* 49(1):42-61, 1994.
- 10) Sullivan MD, Cole SA, Gordon GE, et al. Psychiatric training in medicine residencies: current needs, practices, and satisfaction. *Gen Hosp Psychiatry* 18(2):95-101, 1996.
- 11) Arkowitz, H: *Integrative Theories of Therapy*. En: *Theories of Psychotherapy*. Wachtel P, Messer SB. American Psychological Association. 1997.
- 12) Feixas G, Miro MT. *Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos*. Paidós. 1993.
- 13) Ryle, A. *Cognitive-Analytic Therapy: Active participation in Change. A New Integration in Brief Psychotherapy*. John Wiley & Sons. 1991.
- 14) Wachtel, PL. *Psychoanalysis, Behaviour therapy and the relational world*. APA Books. 1997.
- 15) Beitman B. Stop exploring: start defining the principles of psychotherapy integration: Call for a consensus conference. *Journ of psych integration*.(5):203-229, 1994.
- 16) Mirapeix, C. *Psicoterapia cognitiva analítica: un modelo general de psicoterapia*. Comunicación libre presentada el XVI Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Bilbao. 1992.
- 17) Castelnuovo, P. & Tedesco, MD. *The Twenty-Minute Hour*. American Psychiatric Press, Inc. 1965
- 18) Gold JR. *Key Concepts in Psychotherapy Integration*. Plenum Press. 1996.
- 19) Strenger C, Omer H. Pluralistic criteria for psychotherapy: and alternative to sectarians, anarchism, an utopian integration. *Amer Journ of Psychotherapy*. XLVI:111-130, 1992.
- 20) Jensen JP, Bergin AE, Greaves DV. The meaning of eclecticism: New survey and analysis of components. *Professional Psychology*; 21(2):124-130, 1990.
- 21) Goldberg D, Huxley P. *Common Mental Disorders: A Bio Social Model*. Routledge. 1992.
- 22) 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.

- 23) Villegas, M: El análisis existencial, cuestiones de métodos. Revista de psiquiatría y psicología humanista. 25,55-70.1988.
- 24) Caro, I. Manual de Psicoterapias Cognitivas. Paidós.1997.
- 25) Luborsky, L; Singer, B; Luborsky, L: Comparative Studies of Psychotherapies: is it true that "every one has one and all much have prices"?. Arch of Gen Psychiat, 32, 995-1008. 1975.
- 26) Beutler, LE & Grago, M (Comps) : Psychotherapy research and international review of programatic studies. Washinton DC: APA. 1991.
- 27) Frank, J: Factores comunes en psicoterapia. En: Cognición y psicoterapia. Mahoney, N. Freeman A. Paidos.1988.
- 28) Beitman, B., D: Integration trthorough fundamental similarities and usefull differences among the schools. En: Handbook of psychotherapy integration. Norcross JC. y Golfried MR.. Basic Books. 1992
- 29) Lambert, M. & Hill, C, E: Assesing Psychotherapy outcomes and processes. En: Handbook of psychotherapy and behavioural change. Bergin AE y Garfield S L. Willey & Sons.1994.
- 30) Barkhan M. Research on integrative and eclectic therapy. En: Dryden W.: Integrative and eclectic therapy : a handbook. Open University Press.1992.
- 31) Barlow, D, H: Clinical Handbook of psychological disorders. Guilford Press. 1993.
- 32) Clum CA.; ClumGA; Surl SR: A Meta-Analysis of Treatments for Panic Disorder. Journal of Consulting And Clinical Psychology 61(2) 317-326. 1993
- 33) Echeburua E.: Evaluación y tratamiento de la fobia social. Martinez Roca. 1995.
- 34) Yaryura-Tobias J: Trastornos obsesivos compulsivos. Harcourt Brace. 1997
- 35) Jarrett RB; Rush AJ: Short-term psychotherapy of depressive disorders: current status and future directions. Psychiatry.57:115-132.1994
- 36) Elkin I., Shea MT, Watkins JT, et al. Initial severity and differential treatment outcome in the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research.. Journal of clinical psychology. 63(5) 841-847.1995.
- 37) Roder, V. et Al.: Terapia integrada de la esquizofrenia.Ariel Psiquiatría. 1996.
- 38) Yager, J. Psychosocial treatments for eating disorders.Psychiatry.57:153-164. 1994
- 39) Dowson, J.H & Grow, A, T. Personality Disorders: recognition and clinical management. Cambringed University Press.1995.
- 40) Magnavita, J.J: Reestructuring Personality disorders. Guilford Press. 1997.
- 41) Schweizer E, Rickels K. Strategies for treatment of generalized anxiety in the primary care setting. J Clin Psychiatry 58 Suppl 3:27-31, discussion 32-3,1997.
- 42) Katerndahl DA. Panic disorder. When symptoms have no apparent physical cause. Postgrad Med. 110 (1):147-50,153-4,159-60,1997.
- 43) Katon W, Robinson P, Von Korff M, et al. A multifaceted intervention to improve treatment of derpresion in primare care. Arch Gen Psychiatry 53(10): 924-32,1996.
- 44) Schulberg HC, Block MR, Madonia MJ, et al. Treating major depression in primary care practice. Eight-month clinical outcomes. Arch Gen Psychiatry 53(10):913-9.1996
- 45) Brown C, Schulberg HC, Madonia MJ, et al. Treatment outcomes for primary care patients with major depression and lifetime anxiety disorders. Am J Psychiatry 153(10): 1293-300.1996
- 46) Kashner TM, Rost K, Cohen B, et al. Enhancing the health of somatization disorder patients. Effectiveness of short-term group therapy. Psychosomatics 36(5) 462-70,1995.
- 47) Tonkin RS. Practical approaches to eating disorders in adolescence. Primer for family physicians (see comments). Can Fam Physician Feb 40:299-304,1994.
- 48) Botelho RJ, Richmond R. Secondary prevention of excesive alcohol use: assesing the prospects of implementation. Fam Pract 13(2):182-93,1996.

- 49) Lamber L. Treating Depression in Medical Conditions May Improve Quality of Life. JAMA, 276:857-858,1996.
- 50) Coulehan JL, Herbert CS, Block MR, et al. Treating depressed primary care patients improves their physical, mental, and social functioning. Arch Intern Med 157:1113-1120,1997.
- 51) Clarkin JF, Pilkonis PA, Kathryn MM. Implications for reform of the health care system. Arch Gen Psychiatry 53:717-723, 1996.
- 52) Prochaska JO, Norcross JC. Systems of psychotherapy : a transtheoretical analysis. Brook Cole Publishing company. 1994.
- 53) Lambert M.: Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapist. En: Handbook of psychotherapy integration. Norcross JC. y Golfried MR.. Basic Books. 1992
- 54) Beitman, B: The Structure of Individual Psychotherapy. The Guilford Press.New York. 1987
- 55) Schwartz JM; Stoessel PW; Baxter LR, et al. Systematic Changes in Cerebral Glucose Metabolic Rate After Successful Behavior Modification Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. Arch Gen Psychiatry. 53:109-113, 1996
- 56) Tizon, JL: San Jose, J. & Nadal, D.: Protocolos y progamas elementales para la atención primaria a la Salud Mental. Volumen 1: Protocolos asistenciales para adultos. Editorial Herder 1997.
- 57) Levenson, H: Guia practica para una nueva terapia de tiempo limitado. Descleé de Brouwer. 1995.
- 58) Watson JP y Ryle A. Providing a psychotherapy service to an inner London catchment area. Journ. of mental health. 1:169-176.1992.
- 59) Glass C, Victor D J y Arnkoff DB: Empirical research on integrative and eclectic psychotherapies. En: Comprehensive handbook Psychotherapy Integration. Stricker, G. y Gold, G. Plenun Press. 1993
- 60) Beutler LE y Clarkin JF.Systematic treatment selection. Brunnel/Mazel.1990.
- 61) Fiorini, HJ:Teoria y Tecnica de psicoterapias.Nueva vision. 1985
- 62) Tizon Garcia, J.L: Componentes psicológicos de la practica médica.Ediciones Doyma. 1988.
- 63) Beitman B y Klerman GL. Integrating pharmacotherapy and psychotherapy. American psychiatric press.1991
- 64) Mynors-Wallis L, Davies I, Gray A, et al. A randomised controlled trial and cost analysis of problem-solving treatment for emotional disorders given by community nurses in primary care. Br J Psychiatry 170:113-9,1997.
- 65) Valente SM. Diagnosis and treatment of panic disorder and generalized anxiety in primary care. Nurse Pract. 21(8):26, 32-4, 37-8, 1996.
- 66) Newell R, Gournay K. British nurses in behavioural psychotherapy: a 20-year follow-up. J Adv Nurs 20(1): 53-60, 1994.
- 67) Vazquez Barquero 1998 a
- 68) Vazquez Barquero 1998 b

