

CUADERNOS DE **PSIQUIATRIA** **COMUNITARIA**

Vol. 7, número 1, 2007



PSICOTERAPIAS EN LOS **SERVICIOS PÚBLICOS**

Paz Arias García
(Compiladora)

Fundada en 2001

Consejo de redacción: Víctor Aparicio Basauri, Paz Arias García, Andrés Cabero Álvarez, Cristina Fernández Álvarez, José Filgueira Lois, Ignacio López Fernández, Pedro Marina González y Juan José Martínez Jambrina.

© *Copyright 2001:* Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental-Profesionales de Salud Mental (Asociación Española de Neuropsiquiatría)
Camino de Rubín s/n 33011 Oviedo
e-mail: aenasturias@hotmail.com

La revista puede ser vista en la página web **www.aen.es** de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), en el apartado de publicaciones (otras publicaciones).

Ilustración de la cubierta: Joven sacándose espinas. Copia romana de una escultura griega del siglo III A.C. Museo de Arte Antigua Pergamon, Berlín.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Número de ejemplares: 550

Depósito legal: AS – 3.607 – 01

ISSN: 1578/9594

Impresión : Imprenta Goymar, S.L. – Padre Suárez, 2 – Oviedo

Periodicidad: Semestral

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria colabora con el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la **Organización Mundial de la Salud**.

Los autores son responsables de la opinión que libremente exponen en sus artículos.

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 7 - Núm. 1 - 2007

PRESENTACIÓN	5
ARTÍCULOS ORIGINALES	
El counselling: un arte, una técnica, un modo de vivir la relación con los pacientes <i>Hernán Cancio, Raquel Serrano</i>	7
Refundar la Terapia de Conducta: Una propuesta desde la terapia de aceptación y compromiso (ACT) <i>José M. García Montes, Marino Pérez Álvarez, Rubén Fernández García</i>	17
El modelo neerlandés de terapia breve. Preliminares a una investigación <i>Begoña Braña, Andrés Cabero, Dolores González, Juan M. García Haro</i>	33
Psicoterapia de grupo sistémica: una propuesta <i>Andrés Cabero Álvarez</i>	45
Psicoterapia y frivolidad <i>Francisco Estévez</i>	51
INFORMES	
Declaración de Brasilia sobre las Políticas Públicas en Alcohol	61
RESEÑAS	65
REUNIONES CIENTÍFICAS	71
NORMAS DE PUBLICACIÓN	77

Presentación

Presentamos un nuevo número de Cuadernos de Psiquiatría con el título de *Psicoterapias en los Servicios Públicos*.

Es intencionado el plural, ya que cualquier intento de definir este término en singular y, por ello como único, provocaría controversias de uno u otro lado.

Histórica es la discusión entre las diferentes escuelas que no comparten un único método, ni un acuerdo en las formas de abordaje, ni siquiera en definir el término.

Si nos ceñimos a su etimología, Psico-terapia sería el tratamiento del alma o de la actividad mental, y el alma viene definida en el Diccionario de la Real Academia como “Principio que da forma y organiza el dinamismo vegetativo, sensitivo e intelectual de la vida”. Difícil reto.

Si nos remontamos a sus orígenes, tendríamos que realizar un extenso recorrido por la magia, la fisiología, la medicina, la filosofía y la religión. La curación de los trastornos mentales y emocionales a través de métodos exclusivamente psicológicos datan de tiempos remotos y han ido evolucionando desde las creencias mágicas y ceremonias religiosas hasta las técnicas basadas en mediciones puramente fisiológicas.

El panorama actual de nuestra disciplina no dista mucho de sus orígenes en cuanto a la diversidad de la misma.

A pesar de las nuevas corrientes integradoras que tratan de adaptar/integrar las diversas teorías y escuelas a las peculiaridades del encuadre público, los profesionales seguimos sin llegar a un consenso sobre un único método de abordaje en psicoterapia.

Lo que sí parece más fácil de aceptar es que la Psicoterapia trata, o debe, de promover un cambio, de “mejorar” algo en alguien, bien desde el punto de vista individual como dentro del sistema relacional al que pertenece (pareja, familia, grupo, institución). Las condiciones en las que este cambio se realiza formaría parte de la diversidad de los métodos.

Ante la complejidad del término, hemos intentado reunir en este número diversas formas de entender y del que-hacer en el tema que nos ocupa:

Así, en el artículo presentado por **Hernán Cancio** sobre “*Counselling*”, se destaca la importancia del saber *cómo* hacer lo que se sabe que se debe hacer. Reivindica el *hacer algo con* el paciente y no solo el *hacer algo por* él paciente.

José María García-Montes y colaboradores, en su trabajo “*Terapia de Aceptación y Compromiso*” exponen un ejemplo paradigmático de lo que se ha venido denominando

“*Terapias de tercera generación*”. Un enfoque innovador con respecto a las teorías cognitivo-conductuales más clásicas.

Begoña Braña y colaboradores. nos presentan la primera fase de su estudio de investigación en *psicoterapia breve según el modelo Neerlandés* basado en el concepto de vulnerabilidad-competencia. Una interesante aportación en el escaso campo de la investigación en psicoterapia.

La propuesta de *Tratamiento Grupal en un Centro de Salud Mental* que nos presenta **Andrés Cabero** incluye la novedad del abordaje en grupo desde la perspectiva sistémica. Un modelo que se encontraba ausente del panorama de la Psicoterapia grupal.

Finaliza este número con un título sugerente: “*Psicoterapia y Frivolidad*”, firmado por **Francisco Estévez**. Una interesante y crítica reflexión, alejada de la frivolidad de su título, sobre la realidad de la práctica de la Psicoterapia en la sanidad pública.

Siendo consciente que de ninguna forma este número de Cuadernos abarca la diversidad de los métodos terapéuticos, creo que aporta una visión heterogénea de los mismos, y sobre todo, presenta algunas de las novedades que en nuestro contexto público se están desarrollando.

Es nuestro deseo que esta publicación anime a los profesionales de Salud Mental a la reflexión e investigación en este campo.

También lo es, que anime a los administradores “de lo público” a replantearse y/o revisar los términos eficacia y rentabilidad de nuestros servicios cuando tratamos del bienestar bio-psico-social de los usuarios.

La sanidad pública también lo espera.

Paz Arias García
Psicóloga Clínica
Servicios de Salud Mental Principado de Asturias
C.S.M. I Gijón
paz@telecable.es

El counselling: un arte, una técnica, un modo de vivir la relación con los pacientes.

**Counselling: An Art, A technique, a way of living the
relationship with the users.**

Hernán Cancio.
Raquel Serrano.

Psicólogos.

Instituto Antae de Psicología aplicada y counselling

RESUMEN

El counselling es una forma de relacionarse con los pacientes desde la libertad a elegir y la personalización evitando imposiciones y actitudes paternalistas, transmitiendo confianza en las capacidades del paciente en la búsqueda de su bienestar. En el presente artículo se subraya la importancia que tiene para el profesional de la salud mental el disponer de alta tecnología relacional como medio para obtener mejores resultados en la práctica clínica. Asimismo se detallan las actitudes, principios y una guía básica del counselling.

Palabras clave: *Counselling, habilidades de comunicación, libertad de elegir, validación*

INTRODUCCIÓN

El profesional de la salud, especialmente el médico-psiquiatra, desarrolla su labor con personas que, debido a su enfermedad, ven roto su equilibrio personal y han de hacer frente a múltiples amenazas y cambios.

El conjunto de herramientas, farmacológicas y psicoterapéuticas, siendo imprescindibles son insuficientes si lo que pretendemos es dar una respuesta eficaz, eficiente y efectiva al problema del paciente y su sufrimiento.

ABSTRACT

Counselling is a professional-patient style of relationship based on the human freedom to choose avoiding paternalistic attitudes and "must to". Counselling also looks for confidence in patient resources in order to find their well being. This article outlines the importance of having good communicational skills in health care providers to obtain better results with patients. Finally we include a revision of attitudes, principles and a basic guide to apply counselling in clinical settings.

Key words: *Counselling, communication skills, freedom, validation.*

to. Se necesitan, además, habilidades de relación para generar el entorno de confianza que facilite la intervención clínica.

El *counselling* es un modo de abordar la relación médico-paciente desde la personalización, "no hay enfermedades sino enfermos", cada uno de ellos con su peculiar biografía y personalidad. El counselling propone un cambio en el modelo clásico sanitario-paciente apostando por darle la palabra en el proceso asistencial, y así pasar: ...*"de ser mero objeto a ser sujeto del acto clínico"*... (Borrell, 2002).

El desarrollo de esta perspectiva, desde un modelo que defiende la multidimensionalidad del ser humano, ha generado lo que se ha dado en llamar “modelo centrado en el paciente” (Bartz, 2001; Vegni, 1999) que recomienda explorar creencias, atribuciones y expectativas del paciente en un plano de igualdad en la toma de decisiones que le conciernen. Al incorporar al paciente en el proceso asistencial surge la necesidad de establecer una relación de simetría moral (Barbero, 2001) para adentrarnos en la subjetividad del enfermo.

Es decir, la asimetría de conocimientos no supone una asimetría moral. Se trata, más bien, del encuentro entre paciente y profesional en un plano que facilite la exploración y expresión de emociones, el fortalecimiento de capacidades y la opción a elegir.

Para una práctica clínica eficaz es imprescindible una buena comunicación y el *counselling* ha demostrado ser muy útil para conseguirlo (Bayés, 2006; Greenstead 2000; Sweat, 2000).

La forma de comunicarse es la tarjeta de presentación del profesional de la salud mental y, sin embargo, en más ocasiones de las deseables está descuidada. Del tipo de relación que se establezca con el paciente dependerá su vínculo de confianza. Y esta relación de confianza es, para el profesional, imprescindible (Baile, 1997).

Actualmente la psicología, y esta crítica creemos es extensible a la psiquiatría, prepondera los resultados muy por encima de los procesos de realización (Lazarus, 2000), y en la práctica clínica ambos son fundamentales. Es decir, nuestra formación académica presta mucha atención a lo que hay que hacer, pero mucho menos a cómo hacerlo. Y frente a un paciente con un cuadro de

ansiedad generalizada es fácil darse cuenta que **una cosa es saber lo que hay que hacer y otra, bien diferente, saber cómo hacerlo.**

Proponemos el *counselling* como ciencia y arte para mejorar la destreza clínica.

No es la intención de este artículo detenerse de forma exhaustiva en los distintos modelos del *counselling*: psicodinámico, humanista, conductual, ya que pueden encontrarse en otros lugares (Mearns y Thorne, 2000; Okun, 2001; Watson, 1998), pero sí nos gustaría hacer énfasis en determinados aspectos que, en el caso de los profesionales de salud mental, se dan por supuestos y podrían mejorarse. Nos referimos a las habilidades de relación que, en muchos casos, se improvisan aunque de ellas depende, en gran medida, la eficacia de la intervención.

Si no se empatiza y conecta con el paciente, sino se crea un “clima emocional adecuado”, sino se es flexible en el estilo, la eficacia de la intervención se verá mermada.

Creemos que determinadas formas de relación y comunicación son terapéuticas en sí mismas y que, con frecuencia, son responsables del cambio en el paciente.

En el caso de la psicología el hecho de que los años de experiencia del clínico sea un factor predictor de éxito, independientemente de la escuela que profese, debería hacernos pensar que estas “variables comunes” tienen más importancia de la que habitualmente le concedemos (Strong, 1968). La forma de utilización de la comunicación opera, en la intervención en salud mental, de modo independiente a las técnicas de intervención específicas que se apliquen (Miller y Rodnick, 1999).

Utilizar como un “principio activo” del tratamiento la comunicación puede ayudar a los profesionales a cumplir con sus objetivos y proporcionar a los pacientes una forma de relación beneficente y potenciadora.

MÁS QUE UNA TÉCNICA: UN MODO DE VIVIR LA PROFESIÓN

Consideramos el *counselling* no solo como una herramienta sino como una manera de concebir la relaciones personales (Arranz, Barreto, 2007).

El médico psiquiatra, el psicólogo, el profesional de la enfermería se compromete, al acceder a su profesión, a ayudar a la promoción de la salud en todas sus dimensiones. Se compromete al fin último de facilitar el desarrollo de una vida humana digna, con sentido y libre. Se compromete a aliviar el sufrimiento humano, objetivo común de todas las prácticas médicas desde hace siglos (Bayés, 2001). Este compromiso con el bienestar humano dota de sentido a las acciones clínicas y les da significado. Esto, que podríamos dar por supuesto, no está tan claro cuando tenemos los hospitales llenos de sufrimiento que se podría evitar en un ejercicio de la medicina que, apabullada por los medios de los que dispone, ha perdido los fines (Informe Hastings, 2005)

Determinadas actitudes del *counselling*, que coinciden con los postulados de la moderna bioética (Gracia, 2001) son las mismas que ya estableció hace varias décadas Carl Rogers como fundamentales:

Empatía: disposición o habilidad para comprender y transmitir comprensión a la persona a la que estamos atendiendo.

Congruencia/veracidad: expresarse en coherencia con lo que se vive y se siente.

Aceptación incondicional: aceptar sin reservas y sin juicios de valor, la biografía de la persona y su modo de vivir.

Sin estas actitudes las habilidades del counselling puede que funcionen por un tiempo, pero solo a corto plazo y con un enorme riesgo de manipulación en la relación con el paciente (Barreto, 1997).

¿QUÉ ES EL COUNSELLING?

Si tratas a una persona por lo que es, permanecerá como es.

Pero si la tratas por lo que puede llegar a ser se convertirá en lo que puede llegar a ser.

Goethe.

El *counselling* es un proceso interactivo que fomenta la salud, reduce los estados emocionales negativos, fomenta los comportamientos saludables y favorece la adaptación social y personal.

El *counselling* es una estrategia basada en el reconocimiento de: la capacidad del paciente para hacer frente a su realidad, siendo responsables de ello; de su libertad de elección, aunque esas capacidades se vean mermadas por una enfermedad, respetando sus valores y creencias. Por desgracia durante muchos años hemos trabajado desde los valores de los profesionales imponiéndose éstos a los pacientes. El *counselling* trabaja desde el respeto a la escala de valores del paciente, aunque estas sean distintas a las del profesional.

Existen muchas definiciones del *counselling*, aquí utilizaremos dos:

...“*En su núcleo sustancial es esa forma de relación auxiliante, interventiva y preventiva, en la que un asesor, a través de la comunicación intenta, en un lapso de tiempo relativamente corto, provocar en una persona*

desorientada o sobrecargada, un proceso activo de aprendizaje de tipo cognitivo-emocional, en el curso del cual se pueda mejorar su disposición de autoayuda, su capacidad de autodirección y su competencia operativa”... (Dietrich, 1986).

En este sentido para nosotros el *counselling* es “*el arte de hacer reflexionar a una persona por medio de preguntas de modo que pueda llegar a tomar decisiones que considere adecuadas para él. Al utilizar la pregunta y no la aseveración, provoca que el paciente se dé respuestas a sí mismo potenciando con esto su compromiso con el cambio”... (Arranz, 1997).*

El *counselling*, como puede verse, no es nuevo. Ya Sócrates lo utilizaba como método didáctico. El filósofo sostenía que las respuestas a las dudas de sus discípulos estaban dentro de ellos mismos y que su única función como maestro era que éstas salieran a la luz. Y para ello **preguntaba** y **escuchaba**.

El *counselling* incorpora conocimientos, actitudes y habilidades basadas en el modelo de competencia y potenciación (Costa y López) y el modelo de sufrimiento (Arranz, Barreto, Barbero, Bayés, 2004). Incluye habilidades de comunicación asertivas, el modelo de solución de problemas y habilidades de autorregulación para el profesional. Todo esto con el fin de potenciar las capacidades del paciente para su propio autocuidado y mejora y reducir, tanto como sea posible, el coste emocional del profesional.

HABILIDADES RELACIONALES:

Actualmente las relaciones sanitario-paciente están cambiando pasando de modelos paternalistas a modelos participativos y deliberativos (Emmanuel, 1999). Esto requiere el desarrollo de una manera distinta

de abordar la relación de ayuda optimizando tanto como sea posible la participación del paciente.

Muchos derechos han surgido desde la reforma psiquiátrica, la ley de autonomía del paciente y el derecho del paciente a ser informado.

Desde el *counselling*, y como suele decir la Dra Vizcaíno, queremos ir más allá y reivindicar el **derecho de los pacientes a ser escuchados**. Acabando con el modelo tradicional de comunicación en la que el sanitario habla y el paciente escucha estableciéndose una comunicación unidireccional. Cuando el profesional explora y se dispone a escuchar suele hacer preguntas cerradas de tipo semiológico y el paciente responde con un sí o un no: (...“*¿Tiene ansiedad por las mañanas?...*” “*¿Duerme bien?...*” “*¿Presenta dificultades en la concentración?...*”) que hacen sentir poco o nada escuchados a los pacientes.

El *counselling* propone una comunicación bidireccional por medio de preguntas abiertas focalizadas facilitando que el paciente se escuche a sí mismo y sus propias capacidades. (...“*¿Qué le preocupa respecto a su ansiedad?...*” ...“*¿Qué cosas le ayudarían a estar más tranquilo?...*”...)

La costumbre de nuestra cultura es realizar intervenciones paternalistas y/o autoritarias que se traducen en mensaje impositivos del tipo: ...“*Tiene que, haga, salga más, no se preocupe, llore que le hará bien*”... que responde a la necesidad de ejercer control sobre los demás. Intervenciones que, a pesar de la frecuencia con que se hacen, no han mostrado ser muy útiles.

La lógica de esta intervención es sencilla: ...“*Yo, profesional, sé lo que es bueno para*

ti, tú hazme caso a mí y verás que te pones mejor”...

Se trata de evolucionar de un modelo impositivo, basado en el consejo clínico del “*experto*”, a un modelo deliberativo donde el paciente es el protagonista y conduce su propia vida mientras el profesional facilita y asesora.

Se trata de pasar del “*tiene que*” al “¿*Qué le parece?*”.

Evitando el consejo impositivo y explorando las propias capacidades del enfermo daremos a éste una imagen de sí mismo como capaz de tomar las riendas de su propia vida, aunque sus capacidades se vean mermaidadas por una patología orgánica o mental.

Se trata de evitar los juicios y valoraciones, que generan etiquetas desmoralizadoras, para pasar a un modelo que se esfuerza en **entender y en admitir que todo el mundo tiene sus razones para actuar como actúa** (Validar).

LOS 5 VERBOS DEL COUNSELLING:

Empatizar
Validar
Preguntar
Escuchar
Reforzar

(Arranz, 2006)

El *counselling* considera las habilidades de comunicación asertivas como eficaces e incorpora preguntas abiertas focalizadas y centradas en el estado emocional del paciente y su propia escala de preocupaciones.

Ayuda a la persona que tiene un problema a asumir su responsabilidad enmarcándose en la dinámica de la elección y no la del control.

La premisa básica que subyace a esta intervención es que la imposición genera rebeldía y ganas de hacer lo contrario.

Hacer ver al paciente que captamos como se siente (empatía) y que entendemos sus razones (validación) nos ayudará a tener una relación de confianza e intimidad que hagan al paciente permeables al mensaje clínico. A partir de ahí fortalecer los recursos del paciente por medio de preguntas desde la actitud de considerarle capaz de hacer frente a su enfermedad facilitará que el paciente encuentre los recursos necesarios para hacer frente a las demandas que su vida le plantea.

En el *counselling*:

- se **escucha** más que se habla.
- se **entiende** más que se juzga.
- se **pregunta** más que se supone.
- se **persuade** más que se impone.

GUÍA DE UNA SESIÓN DE COUNSELLING

Cualquier tipo de interacción profesional con la persona y/o familiar puede ser desarrollada desde el referente del *counselling*. No obstante, existen algunas pautas que pueden ser comunes, combinadas con la adecuada personalización de la intervención (Arranz, 2001)

- Identificar edad, situación familiar y /o enfermedad.
- Identificar preocupaciones, situaciones de mayor temor y necesidades, del modo más específico posible. Facilitar expresión emocional. ...¿*Qué le preocupa?* ¿*Cómo se siente respecto a...*?
- Ayudar a jerarquizar lo que se ha identificado, empatizando con sus emociones y los valores subyacentes a lo expresado.

- Identificar recursos y capacidades, ya sean internos o externos. ...“¿Qué le ayudaría?”... Creo que...
- Proporcionar información. Identificar lo que la persona sabe, lo que quiere saber y lo que ha entendido en torno a lo que le preocupa.
- Abordar las preocupaciones, una vez jerarquizadas, combinándolas con los recursos y capacidades que dispone la persona, en primer lugar, y con otros que podamos sugerir. Escuchar lo que dice el paciente...y lo que no dice.
- Clarificar, conjuntamente, las distintas opciones evaluando pros y contras. ...“Por lo que hemos visto lo más conveniente sería... ¿usted que opina?”...
- Ayudar en la toma de decisiones desde la congruencia con los propios valores y recursos del paciente.
- Resumir y planificar el futuro.

CONCLUSIONES

El counselling ha demostrado su eficacia para reducir los niveles de burnout de los profesionales, y mejorar la relación con el

paciente. Es un cambio en el modelo clásico de “*hacer algo por*” a “*hacer algo con*” el paciente. Es muy útil para ayudar en momentos críticos de la vida en los que se ha de hacer frente a la adversidad, en forma de enfermedad física o mental. En un momento donde la tecnología y el desarrollo de nuevas moléculas nos han hecho escorar la atención del paciente con trastornos mentales hacia lo biológico. El *counselling* reivindica la persona como centro de la atención sanitaria y como fin último de la acción benéfica. Creemos que hay algo que la tecnología jamás podrá suplantar: la capacidad del médico de atender y entender desde el respeto al ser humano que sufre, acompañándole.

El *counselling* es difícil de aplicar, costoso emocionalmente ya que el escuchar abre el corazón del otro y su sufrimiento; reclama del profesional un estar despierto a sí mismo al que no todos estamos dispuestos pero da sentido a la labor clínica desde el trabajo sobre valores profundos: la empatía, la libertad de elegir, la justicia y la dignidad.

Como dice Nelson Mandela: ...“**We are free to be free**”... ese es el misterio y el área de control donde el hombre tiene poder para construir y conducir, en parte, su propio destino.

BIBLIOGRAFÍA

- Borrell F.** El modelo biopsicosocial en evolución. Barcelona: Medicina Clínica 2002; 119 (5): 175-9.
- Bartz R.** Beyond the biopsychosocial model. New approaches to doctor-patient interactions. J Family Pract 1999; 48:601-7.
- Vegni E, Zannini L, Visioli S, Moja EA.** Giving bad news: a GPs' narrative perspective. Support Care Cancer 2001; 93:90-96.
- Barbero J, Romeo C, Gijón P, Júdez J.** Limitación del esfuerzo terapéutico. Barcelona: Medicina Clínica 2001; 117:586-94.
- Bayes R.** Viviendo la vida, esperando la muerte. Madrid: Alianza; 2006.
- Greenstead OA, Van der Straden A.** The voluntary HIV-1 counselling and testing efficacy study group.

Counsellors' perspectives on the experience of providing HIV counselling in Kenya and Tanzania. *AIDS Care* 2000; 12: 625-42.

Lazarus RS. Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2000.

Mearns D, Thorne B. Person-centred counselling 2nd ed. London: Sage; 2000.

Okun B. Ayudar de forma efectiva. Counselling. Barcelona: Paidós; 2001.

Watson JC. The alliance in experiential therapy: enacting the relationship conditions. En: Horvath AO, Greengard LS, eds. The working alliance: theory, research and practice. New York: Willey; 1998.

Strong SR. Counselling: An interpersonal influence process. *Journal of Counselling Psychology* 1968; 15:113-21.

Miller W, Rollnick S. La entrevista motivacional. Barcelona: Paidós; 1999.

Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Barcelona: Medicina Clínica 2001; 117:18-23.

Goals of medicine: setting new priorities. Hastings Center. 1996. Traducción castellana: Los fines de la medicina, 2005 www.fundaciongrifols.org

Barreto P, Arranz P, Molero M. Counselling instrumento fundamental en la relación de ayuda. En: Martorell MC, Gonzalez R, eds. Entrevista y consejo psicológico. Madrid: Síntesis; 1997: p. 83-104.

Dietrich G. Psicología general del counselling. Barcelona: Herder; 1986.

Arranz P, Barbero J, Barreto, Bayés R. Soporte emocional desde el equipo interdisciplinar. En Torres LM, ed. Medicina del dolor. Barcelona: Masson; 1997: p.389-96.

Costa M, López E. Manual para la ayuda psicológica. Dar poder para vivir. Más allá del counselling. Madrid: Pirámide; 2006.

Arranz P, Barbero J, Barreto P, Bayés R. Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos. Barcelona: Ariel; 2003.

Emanuel EJ, Emanuel LL. Cuatro modelos de relación médico paciente. En: Couceiro A, ed. Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela; 1999.

Dirección para correspondencia:

*Hernán Cancio
Instituto Antae
Pza. Olavide, 5
28010 Madrid
antae@antae.net*

Refundar la Terapia de Conducta: Una Propuesta desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

Re-establishing Behaviour Therapy: A Proposal from Acceptance and Commitment Therapy

José M. García Montes

Universidad de Almería

Marino Pérez Álvarez

Universidad de Oviedo

Rubén Fernández García

Universidad de Almería

RESUMEN

El trabajo que sigue presenta la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) como un ejemplo paradigmático de lo que se ha dado en llamar "terapias de tercera generación". Tras perfilar el tipo de problemas para los que ACT ha sido desarrollada, se exponen brevemente los 6 objetivos en que se suele estructurar la terapia, así como determinadas metáforas y ejercicios que ilustran el trabajo clínico con cada uno de estos objetivos. Se defiende que las principales innovaciones de ACT como respecto a los anteriores tratamientos cognitivo-conductuales serían 1) poner un mayor énfasis en la aceptación como estrategia de intervención, 2) ofrecer una nueva concepción de lo que ha de entenderse por "mejoría clínica", 3) situar los problemas psicológicos y sus posibles soluciones en un marco axiológico y, por último, 4) colocar al terapeuta en una situación paradójica al encargarse de "de-psicologizar" la vida del paciente. Se concluye afirmando que, a raíz de estas innovaciones, se puede hablar de una refundación de la terapia de conducta.

Palabras clave: *Terapia de Aceptación y Compromiso, Mejoría clínica, Valores, De-psicologización.*

ABSTRACT

This paper presents Acceptance and Commitment Therapy (ACT) as a paradigmatic case or what has been called "third generation behaviour therapy". After considering the type of psychological difficulties for what ACT has been developed, the 6 main objectives of the therapy are exposed. At the same time, some metaphors and experiential exercises that illustrate the clinical methods of ACT are detailed. It is argued that innovations of ACT in regard with classical cognitive-behaviour therapy could be summed up in the following points: 1) To encourage acceptance as a therapeutic technique, 2) to reframe what should be understood as a "clinical improvement", 3) to situate psychological problems and its potential solutions in an axiological perspective, and 4) to create a paradox in the therapist role. It is concluded that, given these new basis, it is possible to speak of a "re-establishment of behaviour therapy".

Key words: *Acceptance and Commitment Therapy, Clinical Improvement, Values, De-psychologizing*

INTRODUCCIÓN

Aunque es más usual hablar de “tercera generación” en relación con distintos tipos de medicación (p.ej., “antidepresivos de tercera generación” para referirse a la fluvoxamina, a la trazodona o a la fluoxetina), también podría hablarse de “tratamientos psicológicos de tercera generación” (1). Así, en nuestro país se ha defendido abiertamente la existencia de una “tercera generación” de las terapias cognitivo-conductuales (2), mereciendo un monográfico al respecto en la revista *EduPsykhé* (2006, vol 2). Según Steven Hayes, esta tercera ola reformula y sintetiza las terapias cognitivas y conductuales de las generaciones previas y, con la esperanza de aumentar su comprensión y mejorar sus resultados, las dirige hacia preguntas, temas y dominios ya valorados previamente por otras tradiciones terapéuticas (3).

El presente trabajo expondrá en primer lugar el abordaje terapéutico de la terapia que puede ser considerada como paradigma de esta “tercera generación de terapias cognitivo-conductuales”, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT en adelante). A continuación, se plantearán con algo más de detalle los temas que, a nuestro juicio, suponen los aspectos más rompedores con la anterior generación de terapias cognitivo-conductuales. Tales temas tienen que ver:

- con un mayor énfasis en la aceptación como estrategia de intervención,
- con una nueva concepción de lo que se ha de entender por “mejoría clínica”,
- con una perspectiva axiológica (o centrada en valores sociales) de los problemas psicológicos y sus posibles soluciones, y

- con un reconocimiento de la labor paradójica que el psicólogo tiene a la hora de ayudar al cliente en el afrontamiento de las dificultades vitales que se le puedan presentar a éste en un momento dado. Por todo ello se concluirá que la lógica terapéutica que subyace a ACT supone remover de manera radical los cimientos de la concepción cognitivo-conductual estándar y aún se diría que de la propia Psicología como institución social.

Terapia de Aceptación y Compromiso. Algunas notas sobre sus objetivos y técnicas

Como resulta obvio, excede con mucho los límites de este trabajo exponer de manera detallada el procedimiento terapéutico de ACT. Por ello se ofrecerán solamente unas notas, remitiendo al lector interesado a los abundantes textos, tanto en castellano (4, 5, 6, 7, 8, 9) como en inglés (10, 11), que abordan la cuestión con un mayor detenimiento. Por lo que se refiere a la eficacia de ACT, una revisión de los resultados más interesantes de esta terapia, y de otras encuadradas en la “tercera generación” de terapias de conducta, puede verse en Hayer y Cols. (12)

Antes de nada interesa dejar claro que ACT ha sido concebida como un tratamiento específico para aquellos problemas psicológicos que se pueden encuadrar en lo que se conoce como Trastorno de Evitación Experiencial (TEE). El TEE ocurre cuando una persona no está dispuesta a hacer contacto con sus experiencias privadas (pensamientos, sentimientos, recuerdos, etc.) y se comporta deliberadamente para alterar la forma o la frecuencia de dichos sucesos (13, 14). Episodios muy diversos podrían encuadrarse en esta etiqueta diagnóstica funcional. Así, p.ej., podría considerarse que se da un TEE en el caso del paciente que, de una u otra manera, está tratando, de forma reiterada y

sin éxito, evitar ciertos pensamientos sobre la posibilidad de haberse dejado abierta la llave del gas (lo que formalmente podría ser diagnosticado de “Trastorno Obsesivo-Compulsivo”). Otro caso de TEE podría identificarse en aquella persona que se siente ansiosa frente a ciertos estímulos concretos a pesar de sus continuos e infructuosos intentos por tranquilizarse cuando se presentan (lo que formalmente podría ser diagnosticado de “Fobia específica”). En cualquier caso, lo fundamental para poder hablar de un TEE es la función de la conducta, su propósito. Así, se entiende que cuando el fin último de la conducta del paciente es evitar ciertos eventos privados y ello limita de forma seria su vida cabría hablar de un TEE.

ACT, como tratamiento radical del TEE, pretende un doble objetivo: Por un lado se busca que el paciente llegue a aceptar aquellos aspectos de su experiencia (pensamientos, emociones, recuerdos, etc.) que ha estado intentando modificar sin éxito. Por otro lado, se trata de que tales sucesos privados no paralicen ya la vida de la persona ⁽¹⁵⁾. De esta forma, el propósito de ACT no es conseguir una disminución de los síntomas, sino lograr que éstos dejen de interferir con la vida del cliente. Con esta filosofía, la terapia se suele estructurar en 6 objetivos o fases. A continuación se exponen estas fases, advirtiendo que debieran entenderse más en un sentido lógico que cronológico ⁽¹⁶⁾.

Creación de un estado de desesperanza creativa

Se trata aquí de que el cliente repare en las estrategias que ha venido utilizando para salir de la situación en la que se encuentra y, cómo, a la postre, han resultado inútiles. Para ello nada mejor que elaborar un “mapa del problema”. Este mapa consiste en ir anotando los intentos de solución

que el cliente ha puesto en práctica hasta la fecha y los resultados que ha obtenido con tales acciones. Una vez que se cuenta con una amplia lista de “soluciones emprendidas” y que se sabe que ninguna de ellas ha conducido a salir de la situación en que el paciente se encuentra, el terapeuta puede empezar a sugerir que algo raro debe ocurrir. En efecto, las soluciones que los clientes ponen en práctica suelen ser bastante lógicas y están, por lo general, correctamente ejecutadas. Por otro lado a la persona no le falta motivación para solucionar su problema. En este punto se puede sugerir que algo “no cuadra”: soluciones lógicas, bien ejecutadas y una buena motivación... y sin embargo el cliente sigue con el mismo problema...

En las sesiones iniciales se debería promover un estado de confusión. Para ello se utiliza un estilo terapéutico sin ninguna instrucción directa, con abundante uso de paradojas y las metáforas que son típicas de esta fase u otras similares ⁽⁹⁾. A este propósito se podría señalar la “metáfora del perro”. Se propone al cliente que tal vez su situación pudiera ser similar a la de alguien que tiene miedo a los perros y cada vez que sale de su casa se encuentra con un perro en el camino hacia su trabajo. Para quitarse al perro de encima esta persona echa al perro el bocadillo que lleva para su almuerzo. El perro, en efecto, se entretiene con el bocadillo y la persona puede seguir su camino hacia el trabajo. El problema es que, al día siguiente, cuando vuelva a ir al trabajo, el perro seguramente se le volverá a acercar. Y, de hecho, posiblemente se le acerque aún más que la ocasión anterior. Entonces, la persona podría echarle un nuevo bocadillo para seguir su camino hacia el trabajo sin la desagradable compañía del perro. Ahora bien ¿qué pasará al día siguiente? Tal vez para quitarse al perro de encima ya

no baste un bocadillo, sino que haya que echarle dos... En esta situación algo no funciona, algo va mal. ¿No es así?

En esta fase no se debería dar ninguna respuesta directa a ninguna pregunta del paciente. Se recomienda utilizar expresiones del tipo “tal vez...”, “pudiera ser...”, llegando incluso a generar dudas sobre la propia competencia del terapeuta (p.ej., “me he confundido muchas veces y tal vez también me esté confundiendo ahora”). Ante cualquier intento del paciente por tratar de encontrar alguna solución a su problema, debería contestársele con otra pregunta (p.ej., “¿y eso te ha dado resultado, ha funcionado?”). Se entiende que esta fase ha sido parcialmente cubierta cuando el paciente muestra expresiones de confusión (a lo que se debería responder siempre de forma positiva, p. ej., “ya veo que estás entendiéndolo todo”) y, al mismo tiempo, cuando el terapeuta muestra algún signo de inquietud (dudas sobre si el paciente abandonará el tratamiento, si no le habrá hundido más, etc.) La desesperanza creadora no puede entenderse lograda en unas pocas sesiones, sino que deberá trabajarse siempre que el paciente muestre, directa o indirectamente, una posible solución para poder llegar a controlar su sintomatología.

Trabajo en valores

Los valores son el corazón de ACT. La aceptación de los estados psicológicos molestos no tiene ningún sentido si no se hace en el marco de los valores del cliente. Ahora bien, valorar es una acción y no un sentimiento o una emoción ⁽¹¹⁾. Con ello se quiere decir que, desde ACT, los valores de las personas se muestran en su comportamiento.

A su vez, también es relevante que no se confunda la valoración con las razones que

uno da para actuar. Cuando uno se comporta en una dirección valiosa lo hace con razones, pero no por razones. Dicho en otros términos, las razones (por poderosas que sean) no justifican nuestro comportamiento. Un ejercicio que pretende ilustrar esto es el llamado “ejercicio de elecciones”. El terapeuta toma dos objetos cualesquiera del despacho y pide al cliente que elija uno u otro. Tras haber realizado la elección, solicitamos a nuestro cliente que nos diga las razones por las que ha elegido uno de los objetos y no el otro. El terapeuta ha de reconocer que esas razones que el cliente ofrece son ciertas, válidas y convincentes pero que, siendo así (teniendo esas buenas razones), podría haber elegido el otro objeto. El ejercicio se repite hasta llegar a un punto en que el cliente, cansado de realizarlo infinitas veces, dice que ha elegido un objeto y no el otro “porque sí” o “porque le ha dado la gana” o alguna otra respuesta similar. Se trata, entonces, de hacerle ver que ese era justamente el punto al que queríamos llegar: En el último extremo uno elige porque sí, no por unas u otras razones. Es conveniente traer a colación este ejercicio siempre que el cliente justifique su conducta por ciertas razones (“no lo hice porque en esta situación no hubiera sido de buena educación...”, “me hubiera sentido peor...”, etc).

Para clarificar los valores de los pacientes existen una serie de cuestionarios y formularios ⁽⁹⁾ que pueden ser de ayuda tanto al terapeuta como al cliente. Es importante, en cualquier caso, que no se entienda la clarificación de valores con una rigidez que desvirtuaría su propósito. Se trata de saber qué es lo realmente importante para la persona que acude a consulta. Hay muchas formas de averiguar esto y es opción del terapeuta inclinarse por una más formal u otras menos estructuradas. En todo caso, una vez que se tocan los valores del cliente sería importante que la primera pregunta que se le hace

cuando entra en sesión no sea “¿cómo te encuentras?” o “¿cómo va la ansiedad?”, etc.; sino cuestiones del tipo “¿qué has hecho esta semana en dirección a tus valores?” “¿qué cosas importantes para ti has hecho estos días?”, etc. Es decir, ha de dejarse bien claro, tanto de forma directa como indirecta, que lo importante no es la sintomatología del cliente; sino sus acciones en dirección a valores.

Son varios los problemas que pueden surgir en esta fase. Desde luego, uno de los más comunes es que el paciente reconozca sólo ciertos valores socialmente aceptados; mientras que oculte otros más problemáticos (dinero, fama, diversión, sexo, etc.) El terapeuta (y, por supuesto, también el cliente) debe tener presentes todos los valores (tanto los “buenos” como los “malos”). Será difícil que el cliente progrese si se trabajan sólo ciertos valores y se descuidan otros tan o más importantes que los que el contexto social permite reconocer públicamente.

Otro problema muy común en esta fase es que el cliente ponga sus dificultades psicológicas (la ansiedad, la tristeza, las obsesiones, las ganas de consumir, etc.) como impedimentos para conseguir ciertos valores (“lo haría si no me pusiera tan nervioso”, “intentaría lograrlo si pudiera sentirme un poco mejor”, etc.) En orden a trabajar estas “barreras psicológicas” se recomienda utilizar la “metáfora del autobús”. Se propone al cliente que la situación en la que se halla podría ser similar a otra en la que él fuera un conductor de un autobús. En determinada parada del recorrido se suben en el autobús unos pasajeros con “malas pintas” (mal vestidos, con aspecto agresivo, etc.). Estos pasajeros permanecen en su asiento sin hacer demasiado ruido ni molestar demasiado, pero en cuanto el conductor del autobús decide tomar una cierta dirección (por ejemplo, dirigirse hacia la derecha) los pasajeros se le acercan y le empiezan

a molestar e intimidar de muy variadas maneras. Para no tenerlos encima incordiando, el conductor deja de tomar el camino que se había propuesto, con lo que consigue que los pasajeros molestos se calmen y regresen a sus asientos. Ahora bien, la próxima vez que el conductor pretenda tomar el camino de la derecha, los pasajeros volverán a saltar y hacer ruido hasta que el autobús vuelva a la dirección que los pasajeros molestos quieren. Como puede verse, aunque el conductor es quien tiene realmente las manos en el volante, el autobús viene guiado por los pasajeros molestos. ¿Qué se podría hacer en esta situación? Es bueno que el cliente nos dé contestaciones a esta pregunta dado que, seguramente, reflejarán a los intentos de solución que él haya adoptado. Por ejemplo, nos puede decir que lo que hay que hacer es “echar a los pasajeros del autobús”. Si nos da una respuesta como ésta podemos enlazar la metáfora con su situación actual y preguntarle si él ha conseguido echar de su autobús a la “ansiedad” o a la “tristeza” o a las “obsesiones”, etc. Parece, en efecto, que los pasajeros no se dejan bajar con facilidad y que muchas veces el coste de intentar bajarlos ha sido tener detenido el autobús durante bastante tiempo. Las posibles soluciones pasarían, entonces, por tomar la dirección que uno quiere asumiendo (aceptando) que los pasajeros van a molestar, van a amenazar, van a intimidar, van a hacer ruido, etc. Tal vez, después de varias veces en que sus intentos de chantaje no funcionen, terminen callándose (o tal vez, no). Lo importante, en cualquier caso, es que ahora quien decide la dirección del autobús es el cliente y no los pasajeros.

La solución como problema

Dado que se está sosteniendo que el problema no es la ansiedad, o los nervios, o la tristeza, etc., cabría preguntar ¿cuál es, entonces, el problema? Pues bien, desde el

punto de vista de ACT el problema son los intentos por quitarse dichos síntomas. Para ilustrar este punto es prácticamente un tópico utilizar la metáfora del “polígrafo”. Se le pide al cliente que se imagine que en ese mismo momento le apuntamos con una pistola y le decimos que, si no limpia el despacho, le mataremos. Para hacerlo, le dejaríamos los utensilios necesarios (escoba, bayeta, etc.) ¿Limpiaría el cliente la habitación en esta situación? Lo más probable es que sí, y que, por lo tanto, salvaría su vida. ¿Qué ocurriría, en cambio, en otra situación? La otra situación que se propone es la de intentar un control emocional para salvar la vida. Se le pide al cliente que se imagine conectado al mejor polígrafo del mundo. Obviamente, si el cliente no sabe lo que es un polígrafo se le explicaría que es un instrumento que sirve para detectar la activación del sistema nervioso. Pues bien, si el cliente estuviera conectado a este polígrafo y, como en la ocasión anterior, le apuntáramos con una pistola y le dijéramos que la salvación de su vida depende de que no se pusiera nervioso ¿qué ocurriría? Posiblemente, el cliente no lograría controlar su ansiedad y, por consiguiente, perdería su vida. Es conveniente en este punto recalcar la diferencia con la situación anterior. Cuando le pedíamos limpiar la habitación, el paciente logró salvar su vida. Ahora, cuando le pedimos que controle su ansiedad, la ha perdido. Y es que, en efecto, el control funciona bien con la conducta públicamente observable (limpiar, ir de viaje, plantar, comprar, etc); pero con la conducta que ocurre “debajo de la piel” (emocionarse, pensar, etc.) el control no funciona. Como se ve, se trata de hacer ver al cliente que hay “contenidos cognitivos” (y tanto vale para “contenidos emocionales”, etc.) que uno no puede eliminar.

Existen, a su vez, miles de ejercicios que pueden hacerse con el fin de ilustrar que el

control de los sucesos privados no lleva a ningún sitio. Así, por ejemplo, se conocerá el ejercicio del “elefante rosa” en que se pide al cliente que no piense en un elefante rosa. Por lo general, basta dar la instrucción para que lo primero que le viene a la cabeza sea un elefante rosa. Igualmente se pueden ilustrar los efectos perjudiciales del control con actividades tales como bailar o caminar. Basta que uno intente llevar un control consciente de estas actividades para que su ejecución se vea perjudicada. No estaría de más, por ejemplo, pedirle al cliente que camine controlando su marcha. Seguramente ésta se verá perjudicada.

Pues bien, si el problema es el control ¿cuál sería la solución? La solución tal vez sea “estar abierto”. Estar abierto supone hacer un hueco (aceptar, si se quiere) a aquellos sentimientos, emociones, pensamientos, etc. que no nos gusta tener y, con ellos, dirigimos hacia nuestros objetivos.

Creación de una distancia con respecto al lenguaje

Un punto fundamental de cara al desarrollo de la terapia es conseguir una distancia entre la persona y sus pensamientos. Una forma de comenzar a trabajar la distancia del paciente con respecto a lo que piensa podría ser hacerle ver que sus pensamientos muchas veces no se cumplen: “¿no te ha pasado, a veces, que estabas seguro –completamente seguro– de que tus llaves (u otro objeto cualquiera) estaba en un sitio y luego te has encontrado con que no estaban donde pensabas?” Es importante que el cliente ponga otros ejemplos en que esto le ha podido suceder. A su vez, el terapeuta debería establecer analogías entre esas diversas situaciones y los problemas que el cliente trae a consulta: “¿Y no podría ser que esto que piensas ahora fuera como aquella vez en que estabas

tan seguro de que tenías las llaves en el cajón y luego no era así?”.

Una forma de que el cliente experimente que los pensamientos son solamente pensamientos (palabras) y no lo que dicen ser (hechos) vendría dada por el ejercicio de repetir una palabra muchas veces. Se ejemplifica en el diálogo que sigue (T: Terapeuta, C: Cliente).

T: Me gustaría que ahora dijeras una sola vez la palabra “peta-zeta”.

C: Peta-zeta.

T: Bien. ¿Qué sensaciones te vienen?

C: No sé... es como cuando tomaba petazetas... me viene el sabor... y casi puedo sentir las piedras dándome en el paladar...

T: ¡Ahaaa! ¿Es casi como si tuvieras petazetas en la boca, no?

C: Sí, casi como si los estuviera comiendo.

T: Ahora, si estás dispuesto, vamos a decir los dos juntos muchas veces y muy rápido la palabra “peta-zetas”... Venga

[Terapeuta y paciente repiten esta palabra durante unos minutos tan rápido como sea posible]

T: ¡Ya! ¿Qué queda de la sensación de antes? ¿Sigues notando el sabor de los petazetas en la boca? ¿Notas su impacto sobre el paladar?

C: No. Ahora ya no....

T: ¡Exacto! esa es la arrogancia de las palabras... Cuando uno dice (o piensa) una cosa una vez parece como si aquello fuera la realidad... pero luego... si repites esa palabra (o ese pensamiento) muchas veces... aparece lo que realmente es... solamente un sonido hueco. ¿No puede ocurrir lo mismo cuando

tú piensas que no sirves para nada? ¿o cuando te dices que no vas a ser capaz de salir nunca de esta situación?... Son sólo palabras... sonidos... aunque, como el petazeta, nos parece vivirlos muy intensamente.

A este mismo respecto es ilustrativo el ejercicio de “sacar la mente a paseo”. Para comenzar se suele preguntar al cliente cuántas personas hay en ese momento en la habitación. Por lo común, los pacientes responden que dos. Ante dicha respuesta el terapeuta debería indicar que, en realidad, hay 4 personas: el cliente, el terapeuta, la mente del cliente y la mente del terapeuta. Acto seguido se propondría hacer un ejercicio de roles en el que, por un tiempo (10 minutos aproximadamente), el cliente hará de sí mismo y el terapeuta de mente del cliente; más tarde el terapeuta hará de sí mismo y el cliente de mente del terapeuta (otros 10 minutos). Por último, y durante un tiempo similar, cliente y terapeuta irán por separado notando que cada uno de ellos tiene una mente que juzga, evalúa, crítica, afirma, niega, ordena, ruega, etc. La única regla durante todo el ejercicio es que la persona nunca podrá dirigir la palabra a la mente, con independencia de lo que ésta le diga. Se trata, en efecto, de que la persona deje de estar controlada por la mente (e intentando controlarla). Por ello es importante que, durante la realización del ejercicio el terapeuta esté atento a la relación que establece la persona con la mente. Si, por ejemplo, la persona hace justo lo contrario de lo que el terapeuta (haciendo de mente) le dice, cabría hablar también de una suerte de control. No se trata de hacer que la persona haga lo contrario de lo que piensa, sino de que actúe con independencia de lo que su mente le dice. Para maximizar la eficacia de este ejercicio es importante que el terapeuta, cuando hace de mente del cliente, le diga aquél tipo de frases que más frecuentemente perturban a la persona.

Diferenciar el “yo como contexto” del “yo como contenido”

Un punto importante del tratamiento es que la persona llegue a entender que ella no es equivalente a sus conductas. Desde luego, la persona está hecha de conductas; pero no se puede reducir a éstas. Para poner un ejemplo gráfico de esta idea podríamos decir que la Alhambra no es reductible a las piedras de las que está hecha. Es indudable que, en cierta medida, la Alhambra son sus piedras –como la persona sus conductas–; pero no sólo. La Alhambra es la configuración que estas piedras toman. Psicológicamente la persona puede rechazar determinados pensamientos, sentimientos, etc. porque considere que tener dichos eventos privados supone serlos. Por ello los componentes de esta fase pretenden lograr que el cliente contextualice sus contenidos cognitivos (o conductuales) en un marco más amplio.

Así, una metáfora que se suele utilizar es la metáfora del ajedrez: se pide al cliente que se imagine un tablero de ajedrez en el que hay fichas blancas y negras jugando una partida. Las fichas blancas serían, p. ej., los pensamientos “positivos” que el paciente tiene, aquellas cosas que le gusta pensar. Por el contrario, las fichas negras son los pensamientos, emociones, etc. contra las que el paciente ha estado luchando, aquello que ha intentado expulsar de su vida. Pues bien, planteada así la situación, se pregunta al cliente quién sería él en esta hipotética situación. Por lo habitual, las personas suelen contestar que ellos son las fichas blancas. Ante esta respuesta el terapeuta debería pararse y pedirle al cliente que considere alguna otra posibilidad. Si él no fuera las fichas blancas ¿quién sería? Se puede sugerir al cliente que tal vez fuera el tablero que contiene tanto las fichas blancas (los pensamientos, emociones, etc. que gustan) como

las negras (los que no gustan). De hecho, está claro que él tiene (con-tiene) tanto aspectos “blancos” como “negros”. El juego ha sido, hasta ahora, intentar que las blancas ganen la partida; pero este juego ha resultado muy poco fructífero y tal vez haya traído más costos que beneficios. Otro juego posible sería mover el tablero hacia la dirección que se estima adecuada, vayan ganando las blancas o las negras. Tal vez sea más difícil mover el tablero (la persona) cuando las negras van ganando la partida; pero desde luego que no es imposible.

La metáfora que se acaba de explicar tiene la función de cambiar el marco desde el que el cliente vive sus emociones o pensamientos “negativos”, aquellos aspectos de su experiencia que le molestan. Con el fin de que la persona experimente que él no es equivalente a sus conductas también se puede realizar el ejercicio del observador de sí mismo. Este ejercicio consiste, básicamente, en hacer que el cliente haga contacto con la variedad de pensamientos, emociones, sentimientos, roles, apariencias, etc. que ha tenido a lo largo de su vida. Toda esta variedad no ha menoscabado, sin embargo, su identidad personal. Cada uno de nosotros ha seguido siendo él mismo a pesar de estar a veces triste y otras alegre, a veces ilusionado y otras desesperado, a veces ser hijo y a veces ser padre, a veces ser un niño y otras un adulto, etc. Hay algo que permanece constante en cualquier experiencia que uno tiene. Pues bien, el ejercicio que a continuación se detallará tiene como propósito el que la persona haga contacto con esa experiencia de trascendencia comportamental. Para ello se solicita al cliente que se siente en una silla cómoda y cierre los ojos. A continuación, se le pide que haga contacto con la situación que se presenta en ese momento. Que note el contacto de su cuerpo con la silla y con sus ropas, con el suelo, su respiración, los ruidos

de la habitación, etc. Una vez hecho esto se van presentando distintas situaciones. Por ejemplo, se pide que recuerde un momento en que él era un niño de pocos años, y también otro en que fuera mayor. O un momento en que hubiera estado feliz y otro muy triste, etc. Lo importante es que, a medida que realiza el ejercicio, el terapeuta insista en que el cliente tendría que hacer contacto con el hecho de que hay algo que en todas las situaciones (por contradictorias que sean) ha permanecido constante: Este “algo” es “el observador de sí mismo”. A pesar de que los sentimientos, pensamientos o roles desempeñados por el cliente han sido muy diversos, el observador ha sido siempre el mismo: él mismo. Se ha de insistir que no se trata de una “creencia” racional, sino de una experiencia. El cliente ha de experimentar, realmente, que a pesar de haber hecho cosas muy distintas ha seguido siempre manteniendo un aspecto que es común a todas estas conductas: el observador.

Desarrollo de la voluntad

Este objetivo pretende poner en práctica todo lo anterior. Por lo tanto, la mejor forma de desarrollarlo es que el cliente, en su vida, vaya progresivamente haciendo aquellas cosas que le son valiosas con la sintomatología que anteriormente le paralizaba. Una manera de explicar lo que pretendemos decir cuando hablamos del desarrollo de la “voluntad” viene dada por la metáfora del cubo de basura. Se toma la papelera y se llena de basura. Si no hubiera, se pide al cliente que se imagine que la papelera está llena de basura de todo tipo. Entonces le preguntamos si metería la mano en el cubo. Obviamente, la respuesta del cliente suele ser negativa. En una segunda situación, le pedimos que se imagine ahora que en el fondo del cubo hay algo que realmente es importante para él. Puede ser dinero, la posi-

bilidad de establecer una relación con la persona que quiere, la recuperación de alguna dolencia, etc. ¿Metería la mano ahora el cliente en el cubo? Si aquello que hemos propuesto es verdaderamente importante los clientes, efectivamente, meterían la mano en el cubo. Ahora bien, ¿sentirían “asco”? Lo más probable es que sí, pero, a diferencia de la primera situación, en esta segunda “sentir asco” tiene un sentido, un propósito. No estamos pidiendo al cliente que meta la mano en el cubo de basura pensando que es algo maravilloso, o sintiéndose feliz, u oliendo un perfume exquisito. Lo que la voluntad implica es hacer las cosas y, especialmente, aquellas cosas que traen consecuencias psicológicas desagradables por algo que merece la pena. De ahí la importancia de haber trabajado adecuadamente los valores del cliente. Si no hay nada en el fondo del cubo por lo que merezca la pena meter la mano, el cliente seguramente no lo hará. Y hará bien no haciéndolo.

Otra metáfora que se puede introducir en terapia y que ilustra el sentido de la “voluntad” es la de la “mano quemada”. Cuando uno tiene una mano quemada (o ha sufrido alguna lesión, etc.) suele ser recomendable que ejercite la mano. Al hacerlo sentirá seguramente dolor. Ahora bien, este dolor está al servicio de recuperar la mano para hacer aquellas cosas que el cliente considera importantes. La rehabilitación es algo muy doloroso. La voluntad consiste en, sintiendo este dolor, asumirlo como una parte inevitable del camino que se espera recorrer para hacer de nuevas aquellas cosas que uno quiere.

Ya por último, la terapia suele finalizar con una instrucción paradójica y es que, en efecto, todavía no se ha hecho terapia. El terapeuta debiera reconocer, a la hora de finalizar, que la verdadera terapia comienza en

ese preciso momento: cuando el cliente se encuentra en el camino de su vida. Es probable que en este camino se den varias recaídas y problemas muy diversos. En cualquier caso, lo realmente importante es que el cliente sea capaz de levantarse cada vez que se cae y de seguir adelante.

PRINCIPALES INNOVACIONES DE ACT

Una vez expuesta ACT en sus líneas fundamentales creemos conveniente hacer una reflexión sobre las innovaciones más importantes que supone en relación con la terapia de conducta tradicional. Como defendemos, tales diferencias son de carácter sustancial y viene a justificar nuestra propuesta de “re-fundar la terapia de conducta”.

Mayor énfasis en la aceptación como estrategia de intervención

Todavía hoy es habitual que los manuales y los programas de “Terapia de conducta” se estructuren, básicamente, en torno a epígrafes como “técnicas para incrementar conductas” o “técnicas para disminuir conductas”; resaltando la importancia que el cambio del comportamiento –al alza o a la baja- tiene para este enfoque. Por su parte, ACT viene a poner de manifiesto que, junto al cambio, la aceptación puede ser una estrategia y un objetivo de la terapia. Siguiendo a Velasco y Quiroga ⁽¹⁷⁾ se podría decir que la aceptación es un concepto que se refiere a la renuncia a cambiar lo que no se puede cambiar, como podrían ser los propios pensamientos o sentimientos. En este sentido ACT supone reconocer unos ciertos límites a la intervención psicológica, dejando atrás el optimismo –y, hasta cierto punto, la ingenuidad- que, por ejemplo, deja traslucir la famosa frase de los “12 niños” de Watson ⁽¹⁸⁾.

En cualquier caso, habría que señalar que cuando un cliente pasa de una situación en que está “enfrentado” a ciertos síntomas a otra en que los acepta se ha producido también un cambio. Ahora bien, este cambio no es ya un cambio en el contenido –un cambio de primer orden-; sino un cambio en el contexto en que la conducta tiene lugar –un cambio de segundo orden- ⁽¹⁹⁾. Así, habría ciertas situaciones en que podría ser más oportuno aplicar cambios contextuales, como la aceptación, que cambios de primer orden. Una de esas situaciones sería aquella en que el propio proceso de cambio puede entrar en contradicción con el resultado que se pretende obtener. Por ejemplo, parece bastante improbable que una persona llegue a conseguir “estar tranquilo” intentando deliberadamente eliminar la ansiedad o que alguien pueda conseguir eliminar ciertos pensamientos molestos tratando de “no pensar en ellos”. En situaciones como las descritas la aceptación, entendida como un cambio en el contexto en que la conducta tiene lugar, podría ser una alternativa eficaz a los intentos de cambio directo. Otra situación en que la aceptación podría ser útil sería el caso de que se produjera un conflicto o, dicho en términos conductuales, cuando una misma conducta está bajo control de contingencias opuestas ⁽²⁰⁾. Así, por ejemplo, para una persona que hubiera sufrido un accidente grave de circulación volver a conducir un automóvil estaría bajo la influencia de dos tipos de consecuencias contradictorias. Por un lado, es probable que al subirse de nuevo al coche esa persona sienta ansiedad, temor, recuerdos desagradables, etc. Por otro lado, al conducir el automóvil esa misma persona puede realizar actividades que le son apetecibles (ver a sus familiares, llegar al trabajo en el menor tiempo posible, etc.) Parece claro, pues, que cualquier decisión que la persona tomara tendría su lado negativo. Si la persona opta

por no volver a conducir perderá las facilidades que le ofrece el uso del automóvil. Por el contrario, si la persona opta por volver a conducir deberá afrontar la ansiedad y los recuerdos que le puedan venir. En situaciones en este tipo, en que existen contingencias conflictivas, la aceptación también tendría su utilidad clínica. No en vano “aceptar” proviene del latín “accipere”, que quiere decir recibir lo que se ofrece ⁽¹¹⁾; esto es, tomar las cosas tal cual son.

En definitiva, se podría decir que ACT propone una ponderación entre el cambio y la aceptación ⁽²¹⁾, siendo este equilibrio no tanto una cuestión de proporción, como de ocasión ⁽¹⁵⁾. Ello supone que el terapeuta se ha de situar realistamente ante las circunstancias vitales que atraviesa el cliente, reconociendo los posibles conflictos que se den, y siendo consciente de que las posibles soluciones suponen, de una manera u otra, asumir un cierto coste.

Nueva concepción de lo que ha de entenderse por “mejoría clínica”

Martin y Pear ⁽²²⁾ resaltan, como una de las características más importante de la terapia de conducta tradicional, el hecho de usar los cambios en la medida comportamental del problema como el indicador por excelencia del grado en el que la intervención está siendo eficaz. A este respecto conviene decir que para este enfoque gran parte de los comportamientos problemáticos del paciente venían a ser determinados eventos privados (ansiedad, pensamientos intrusivos, memorias traumáticas, sentimientos de tristeza, etc.) Por lo tanto, para la terapia de conducta tradicional un paciente mejoraría si disminuyera su ansiedad, o si tuviera menos pensamientos obsesivos, etc. Ahora bien, podrían darse ciertas situaciones en que, a pesar de haberse registrado cambios en estos fenóme-

nos psicológicos, cabría dudar de la eficacia de la intervención. Piénsese, p. ej., que la terapia aplicada ha sido capaz de reducir drásticamente los niveles de ansiedad del cliente ante ciertas situaciones sociales y, sin embargo, éste sigue sin relacionarse con la gente de su entorno aduciendo que ahora tiene “pocas ganas” o que “le vienen a la cabeza ideas de herir a los demás”, etc.

Como se ha visto el principal objetivo de ACT no es modificar los sentimientos, emociones, pensamientos o recuerdos del paciente; sino conseguir que éstos dejen de interferir con los objetivos que la persona tiene en su vida. Como señalan Wilson & Luciano ⁽⁹⁾ lo que interesa a ACT es la función que los eventos privados tienen en lo que concierne a los pasos que el cliente está dando para llevar su vida en la dirección que haya elegido. Así, desde el punto de vista de ACT podrían darse intervenciones plenamente eficaces sin necesidad de que se produzca cambio alguno en los eventos privados que, generalmente, son los objetivos principales de las intervenciones psicológicas. De esta forma, si un cliente sigue refiriendo el mismo número de pensamientos obsesivos que presentaba con anterioridad a la intervención pero ahora estos pensamientos ya no mueven a la persona a realizar las comprobaciones que anteriormente afectaban seriamente a su vida, cabría hablar de una mejoría clínica.

Nos encontramos, pues, con que para ACT la forma de evaluar la eficacia de la terapia es atender a los logros u objetivos que el cliente consigue en su vida, que serían tanto más indicativos de un progreso terapéutico si se acompañan de la sintomatología que anteriormente paralizaba la conducta de la persona ⁽²³⁾. Habría que señalar que esta forma de entender las mejorías clínicas puede, en determinadas ocasiones, ir en

contra de concepciones fuertemente asentadas en el mundo de la salud mental. Piénsese, p. ej., en el caso de un paciente con alucinaciones auditivas. Desde el punto de vista de ACT ni una disminución en el número de alucinaciones sería indicativo de una mejoría ni un aumento de un empeoramiento en el estado del paciente. Lo relevante sería que, con o sin alucinaciones, la persona dirija su vida en la dirección que ella quiere tomar.

Los problemas y soluciones psicológicas en un marco axiológico

Se puede decir que ACT es la primera terapia de inspiración cognitivo-conductual que incorpora de manera expresa, y como núcleo del proceso terapéutico, los valores del cliente. Y es que, como reconocen Hayes y cols. ⁽¹¹⁾, son muy pocas las conductas humanas que están moldeadas por las consecuencias directas e inmediatas tal y como se han estudiado en el ámbito de la aprendizaje animal. Por lo tanto, para entender tanto los problemas con los que el cliente acude a consulta como las posibles soluciones a los mismos, habría que atender a los valores que esa persona tiene. Recuérdese, a este respecto que, como se indicó al tratar el apartado correspondiente al “trabajo en valores”, la aceptación de los pensamientos negativos, o de los recuerdos, o de las emociones, o de cualquier otro suceso privado aversivo tiene sentido y es legítima sólo en la medida en que está al servicio de los valores del cliente.

La importancia que los valores del cliente tienen a la hora de promover una mejoría terapéutica ha sido recientemente validada en el importante ensayo clínico sobre terapias psicológicas y farmacológicas para la depresión de Dimidjian, Hollon, Dobson, Schmaling, Kohlenberg, Addis, Gallop,

McGlinchey, Markley, Gollan, Atkins, Dunner, y Jacobson ⁽²⁴⁾. Según este estudio comparativo, a la hora de tratar pacientes con depresión severa, resultan igualmente eficaces la medicación antidepresiva y la Activación Conductual, siendo ambos tratamientos superiores a la Terapia Cognitiva. Como señalan Dimidjian y cols ⁽²⁴⁾ la Activación Conductual busca, sencillamente, identificar y favorecer el desarrollo de actividades y la búsqueda de contextos que son reforzantes para el paciente y consistentes con sus metas a largo plazo. Como se ve, pues, la Activación Conductual trata, al igual que ACT, de aclarar los valores del paciente y promover el desarrollo de conductas acordes con dichos valores. Con hacer tan sólo esto, el terapeuta ya tendrá mucho ganado, como ha demostrado el trabajo señalado para el caso de la depresión.

Ahora bien, el tratamiento que ACT da a los valores puede considerarse excesivamente individualista, más propio de la cultura americana que del contexto hispano. Parece que, para los autores de la terapia, los valores son un asunto exclusivamente personal que los pacientes eligen en diversas áreas o facetas de su vida. Por el contrario, a nuestro juicio, los valores suponen una adscripción a un grupo. Como señalan Fariñas León y García Niubó ⁽²⁵⁾, las dinámicas subjetivas (entre las que se encuentran los valores de una persona), son creadas y obradas por el sujeto a partir de la síntesis compleja de sus condiciones concretas de vida en los distintos sistemas de interrelación personal en que se encuentra inmerso (nación, clase o grupo social, familia, etc.) De ahí que, de una u otra forma, los valores que uno adopta en las distintas facetas de su vida haya de estar conectados o, para decirlo de otra forma, tener una cierta coherencia ¹. Según este punto de vista, el terapeuta debiera tener presente en todo momento que la conducta del paciente

implica una adscripción social y que, en muchas ocasiones, se pueden producir conflictos al existir contradicciones entre los valores de los distintos grupos que tienen influencia en una sociedad determinada. Aclarar los valores del paciente tiene, por tanto, mucho que ver con definir la propia identidad de la persona; algo que, por cierto, ya apuntó Maslow (26).

Labor paradójica del terapeuta

Una última consideración tiene que ver con el carácter paradójico de ACT. Como señala Pérez Álvarez (27) ACT es una terapia paradójica para el cliente que quiere quitar el problema (la ansiedad, la tristeza, el miedo, etc.) y se le propone tenerlo. Pero, además, ACT es paradójica también para la propia lógica clínica, que tiene como propio la eliminación de los síntomas. En este sentido, se puede señalar que el terapeuta ACT tendría como uno de sus principales objetivos “de-psicologizar” la vida de la persona, restando importancia a la influencia que pueden ejercer los pensamientos, sentimientos, recuerdos y demás sucesos privados. La paradoja llega al máximo si se repara en que en esta tarea de de-psicologización el terapeuta (un psicólogo) utiliza medios psicológicos (metáforas, ejercicios experienciales, manejo de contingencias, etc.). ¿Cómo es que se pueda de-psicologizar a través de la psicología? La propuesta parece en sí misma un contrasentido. Como hemos intentado resaltar a lo largo de esta exposición, tal vez un elemento clave sea que el propio psicólogo tenga una visión realista de la estructura del mundo. En este sentido, el terapeuta ACT debería ser, antes que un experto en las profundidades de la “psique”, una persona con un sentido mundano de la vida, versado en “el arte de la pruden-

cia” (27). Ello supondría, como reconocen Porcel y González (28), utilizar la estrategia y la vía oblicua cuando fuera necesario; esto es, hacer uso de lo psicológico de una manera absolutamente pragmática.

REFUNDAR LA TERAPIA DE CONDUCTA: LA PSICOLOGÍA MÁS ALLÁ DE LA CLÍNICA

Según creemos, estas innovaciones de ACT con respecto a los enfoques cognitivo-conductuales clásicos vendrían a otorgar una nueva orientación a la terapia de conducta y, más en general, a la psicología clínica. Se trataría, básicamente, de situar la psicología “más allá de la clínica”, cara al mundo. Por curioso que pueda parecer esta propuesta no estaría lejana de los brillantes análisis de prácticas sociales que se pueden señalar en la obra de Skinner a propósito, por ejemplo, de la evolución cultural (29) o de la psicoterapia como agencia de control social (30). Por lo tanto, la refundación que se propone tal vez deba volver a Skinner y darle una nueva visión, consonante con la fenomenología europea. Pero eso, ya es otro tema.

Agradecimiento

Este trabajo se ha realizado dentro del marco del proyecto de investigación SEJ2005-00455/PSIC, financiado por el Ministerio de Educación y Ciencia.

1. Esta coherencia entre los valores que se postula no es de tipo lógico, sino social.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) **Veiga-Martínez, C, Pérez-Álvarez, M, y García Montes, JM.** Terapia de Aceptación y Compromiso en el tratamiento de alucinaciones auditivas. Un estudio de caso. En preparación.
- (2) **Pérez-Álvarez, M.** La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé*, 2006; 5(2):159-172.
- (3) **Hayes, S.C.** Acceptance Commitment Therapy and the new behavior therapies. Mindfulness, acceptance and relationship. En: *Mindfulness and Acceptance. Expanding the cognitive-behavioral tradition.* Hayes, SC, Follette, VM, y Linehan, MM, Eds. (pp. 1-24). Guilford, New York: 2004.
- (4) **Ferro, R y Valero, L.** Psicoterapias conductistas: nuevos enfoques clínicos. *Psicologemas*, 1998; 12(1): 31-62.
- (5) **Luciano, M. C.** Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). Fundamentos, características y precauciones. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1999; 25(102): 497-584.
- (6) **Luciano, MC y Molina Cobos, FJ.** El trastorno de evitación experiencial y la terapia de aceptación y compromiso. En: *Psicoterapias cognitivas. Evaluación y comparaciones.* Caro, I., Ed., (pp. 187-206). Paidós Ibérica: Barcelona: 2003.
- (7) **Pérez-Álvarez, M.** La psicoterapia desde el punto de vista conductista. Biblioteca Nueva, Madrid: 1996a.
- (8) **Pérez-Álvarez, M.** Tratamientos psicológicos. Universitas, Madrid: 1996b.
- (9) **Wilson, KG. y Luciano, MC.** Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento orientado a los valores. Pirámide, Madrid: 2002.
- (10) **Hayes, SC y Strosahl, KD.** A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy. Springer-Verlag, New York: 2004.
- (11) **Hayes, SC, Strosahl, KD, y Wilson, KG.** Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change. Guilford: New York: 1999.
- (12) **Hayes, SC., Masuda, A, Bissett, R, Luoma, J y Guerrero, LF (2004).** BDT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 2004; 35(1):35-54.
- (13) **Hayes, SC, Wilson, KW, Gifford, EV, Follette, VM y Strosahl, K. (1996).** Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1996; 64(6):1152-1168.
- (14) **Luciano, MC y Hayes, SC.** Trastorno de evitación experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2001; 1(1):109-157.
- (15) **García-Montes, JM, Pérez-Álvarez, M. y Cangas, AJ.** Aproximación al abordaje clínico de los síntomas psicóticos desde la aceptación. *Apuntes de Psicología*, 2006; 24(1-3):293-307.
- (16) **García-Montes, JM y Pérez-Álvarez, M.** ACT como tratamiento de síntomas psicóticos. El caso de las alucinaciones auditivas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 2001; 27(113):455-472.
- (17) **Velasco, JA y Quiroga, E. (2001).** Formulación y solución de un caso de abuso de alcohol en términos de aceptación y compromiso. *Psicothema*, 2001; 13(1):50-56.
- (18) **Watson, JB.** Behaviorism (revised edition). University of Chicago Press, Chicago: 1930.
- (19) **Hayes, SC.** Content, context, and the types of psychological acceptance. En *Acceptance and Change: content and context in psychotherapy.* Hayes, SC, Jacobson, Follete, VM y Dougher, MJ. Eds. (pp. 13-32). Context Press: Reno, Nevada: 1994.
- (20) **Dougher, MJ.** The act of Acceptance. En *Acceptance and Change: content and context in psychotherapy.* Hayes, SC, Jacobson, Follete, VM y Dougher, MJ. Eds. (pp. 37-45). Context Press: Reno, Nevada: 1994.
- (21) **Kohlenberg, RJ, Tsai, M, Ferro, R, Valero, L, Fernández Parra, A, y Virués-Ortega, J.** Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2005; 5(1):349-371.

- (22) **Martin, G, y Pear, J.** Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla. Pearson Educación, Madrid: 2001.
- (23) **García-Montes, JM, Luciano, MC, Hernández, M y Zalvivar, F.** Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso. *Psicothema*, 2004; 16(1):117-124.
- (24) **Dimidjian, S, Hollon, SD, Dobson, KS, Schmaling, KB, Kohlenberg, RJ, Addis, ME, Gallop, R, McGlinchey, JB., Markley, DK., Gollan. JK., Atkins, DC., Dunner, DL. y Jacobson, NS.** Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Acute Treatment of Adult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2006; 74(4):658-670.
- (25) **Fariñas León, G y García Niubó, D.** Las tareas de la psicología actual en el campo de las ciencias sociales (una aproximación desde el enfoque de la complejidad). *Psicología: Teoría e Práctica*, 2006; 8(1):107-118.
- (26) **Maslow, AH.** *The Farther Reaches of Human Nature.* Pengium, New York: 1976.
- (27) **Pérez-Álvarez, M.** *Contingencia y drama.* Minerva, Madrid: 2004.
- (28) **Porcel, M y González, R.** El engaño y la mentira en los trastornos psicológicos y sus tratamientos. *Papeles del Psicólogo*, 26:109-114.
- (29) **Skinner, BF.** *Más allá de la libertad y la dignidad.* Martínez Roca, Barcelona:1986.
- (30) **Skinner, BF.** *Ciencia y conducta humana.* Martínez Roca, Barcelona:1986.

Dirección postal:

*José M. García Montes. Universidad de Almería.
Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico.
Carretera de Sacramento s/n.
La Cañada de San Urbano. Almería-04120.
Teléfono: 950015881. Fax: 950015471.
E-mail: jgmontes@ual.es*

El modelo neerlandés de terapia breve. Preliminares a una investigación.

The Dutch model of brief therapy. Preliminary to an investigation

Begoña Braña.

Psicólogo Clínico. Centro de Salud Mental Área I. Luarca.

Andrés Cabero.

Psicólogo Clínico. Centro de Salud Mental Teatinos. Área IV. Oviedo.

Dolores González.

Psicólogo Clínico. Centro de salud Mental Pumarín. Área V. Gijón.

Juan M. García Haro.

Psicólogo Clínico. Centro de Salud Mental "Eria". Área IV. Oviedo

RESUMEN

La terapia breve se perfila como una respuesta eficiente para los trastornos mentales leves y moderados de mayor incidencia, entre los cuales se encuentran los trastornos adaptativos y los "neuróticos". El modelo neerlandés de Rindjers caracterizado por el planteamiento de hipótesis globales, sencillas y prácticas que buscan el posicionamiento activo tanto del terapeuta como del paciente ofrece una respuesta en un corto periodo de tiempo a gran parte de las patologías menos graves. Terapeutas de seis centros de Salud Mental de Asturias estamos trabajando en la actualidad en una investigación encaminada a probar la efectividad de este modelo de terapia breve. En el presente trabajo se ofrece una aproximación teórica a dicha investigación.

Palabras clave: Terapia de corta duración, modelo neerlandés, efectividad.

ABSTRACT

The brief therapy is outlined as an efficient response for the mental light and moderate disorders of major incidence, between which the adaptative disorders and the neurotic ones coexist. The Dutch model of Rindjers characterized by the exposition of global, simple and practical hypotheses that look for the active position both of the therapist and of the patient offers a response in a short period of time to big part of the least serious pathologies. Therapists of six Centers of Mental Health of Asturias we are employed at present at an investigation directed to proving the effectiveness of this model of brief therapy. In the present work a theoretical approach offers to the above mentioned investigation.

Key words: Short term therapy; dutch model; effectiveness.

INTRODUCCIÓN

La terapia breve tal y como la plantea el modelo neerlandés es un procedimiento eficaz para ayudar a los pacientes a gestionar sus quejas y problemas, y que encaja bien en

las expectativas de los pacientes cuando inician la terapia. Según los estudios, los pacientes esperan pocas consultas (para al menos un 50% de los pacientes remitidos a terapia ambulatoria serían suficientes 10 sesiones: (1, 2) propiciando una mayor colabo-

ración en el proceso terapéutico al trabajar una mayor comprensión de las causas de la queja, mejorar la perspectiva y restaurar el autocontrol. Para ello el terapeuta utiliza herramientas procedentes de diversos enfoques terapéuticos: terapia estratégica, procedimientos cognitivos, terapia de conducta, etc. Este procedimiento que se aplica en Holanda desde la década de los ochenta resulta eficaz cuando se la compara con las terapias habituales

La terapia breve se plantea como una respuesta eficiente para el tratamiento de los trastornos leves y moderados de mayor incidencia. Estas patologías son responsables del incremento de la incidencia y prevalencia de la demanda en los dispositivos de Salud Mental ya que, tal y como se recoge en el documento del Plan Estratégico para el Desarrollo de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias ⁽³⁾, son receptoras de tiempos de tratamiento largos.

Existen terapias breves de inspiración psicoanalítica ^(4, 5, 6) de inspiración estratégica y sistémica ^(7, 8) Además la terapia de conducta y cognitiva desde sus inicios se plantean como tratamientos breves. Se ha definido la terapia breve en función de varios factores: factor temporal (número de sesiones, duración de cada sesión, intervalo entre las sesiones); la metodología técnica específica; el foco de los problemas abordados, los objetivos, etc.

Beyebach ⁽⁹⁾ hablando de la *terapia centrada en soluciones (TCS)* dice que es una modalidad de *terapia breve* y entiende por *breve* “un tratamiento cuya duración oscila entre una y diez sesiones, siendo la duración promedio de la terapia de unas cinco entrevistas. Estas sesiones suelen durar una hora, y son más espaciadas a medida que se producen mejorías en la situación que plantean

los clientes. Así, solemos dejar una o dos semanas entre la primera entrevista y la segunda; y aumentamos posteriormente el intervalo a tres semanas o un mes. De esta forma, una terapia de seis sesiones ocupan por lo general entre dos y seis meses”.

En cuanto a los objetivos la terapia breve está “orientada a la extinción de los síntomas y a la resolución del problema o de los problemas presentados por el paciente o pacientes” ⁽¹⁰⁾. Siguiendo la terapia sistémica breve, se entiende que hacer terapia breve no significa hacer a toda costa pocas sesiones, ni “echar” a los pacientes de la terapia, se trata de ayudar a los pacientes a resolver sus problemas y alcanzar sus objetivos en el menor tiempo posible pero siempre atendiendo a las preferencias de los pacientes. Se plantea esta idea explicando que se trata de tener “las menos sesiones posibles, pero todas las que sean necesarias”.

POR QUÉ TERAPIA BREVE

Los datos recogidos por múltiples investigaciones llevadas a cabo en las últimas tres décadas sobre la terapia breve ofrecen los siguientes resultados:

En cuanto al número de sesiones existen evidencias empíricas acerca de que:

- a) *Los pacientes esperan recibir pocas sesiones.* Según Rijnders ⁽¹¹⁾ el 70% de los pacientes que inician una psicoterapia espera que dure menos de 10 sesiones y el 50% espera que la duración sea de 5 sesiones o menos.
- b) *Las mejorías más significativas suelen ocurrir en las primeras sesiones:* Lambert, Shapiro y Bergin ⁽¹²⁾ en una revisión concluyeron que el 75% de los clientes que mejora en psicoterapia lo

hace durante los seis primeros meses. Por otro lado, parece que cuando los pacientes no responden en las primeras sesiones a una intervención terapéutica, la probabilidad de fracaso es muy alta ⁽¹³⁾.

- c) *La mayoría de los pacientes acuden de hecho a pocas sesiones (con independencia del modelo terapéutico), con alta tasa de abandonos a partir de la 10 (o menos.)* Según Garfield ⁽¹⁴⁾ más del 50% de los pacientes ambulatorios abandonan antes de la octava sesión y dos tercios, antes de la sesión 10. Según Bados y cols. ⁽¹⁵⁾ alrededor del 65-80% de los pacientes abandonan el tratamiento antes de la sesión 10. En Estados Unidos, Howard y su equipo determinaron que el 44% de las personas que asistían a terapia ambulatoria acudía a menos de 4 sesiones ⁽¹⁶⁾.

En cuanto a los resultados existen evidencias que avalan que:

- a) *Las terapias breves obtienen resultados equivalentes a las de larga duración, lo que las convierte en más eficientes (mejor relación coste/beneficio)* ^(17, 18).
- b) *Los resultados no sólo ocurren a nivel sintomático sino que además se produce una reestructuración y modificación del modo de percibir la realidad* ⁽¹⁰⁾.
- c) *No sólo se mantienen los resultados a lo largo del tiempo (se han utilizado intervalos de seguimiento entre 3 meses y 3 años), ⁽¹⁹⁾ sino que además (especialmente en terapia sistémica breve) se produce un aumento en la percepción de mejoría y mejorías en áreas no tratadas en las sesiones* ^(20, 21, 22).

Por todo lo anterior, la terapia breve y exitosa no solo es posible sino que es de hecho

lo más frecuente, así no debe ser considerada como una alternativa subsidiaria, a utilizar sólo cuando no es posible la terapia de larga duración, sino como una intervención de primera elección en múltiples trastornos y/o problemas de salud mental.

El modelo zelandés de tratamiento de corta duración o terapia breve consiste en 10 sesiones (aplicadas flexiblemente) y se basa conceptualmente en los siguientes modelos:

Modelo de factores comunes en psicoterapia ⁽²³⁾

Terapia centrada en soluciones ^(24, 25, 26)

Terapia del comportamiento ^(27, 28)

Modelo de “determinar indicaciones mediante la negociación” ⁽²⁹⁾

Se trata de una psicoterapia que trata de la capacitación de los pacientes, esto es, aumentar sus sentimientos de competencia y autoeficacia a la hora de gestionar los problemas

EL MODELO NEERLANDÉS. CONSIDERACIONES ETIOLÓGICAS

La psicoterapia breve parte de un diagnóstico de posibilidades elaborado entre el paciente y el terapeuta, que tiene como trasfondo etiológico el modelo de vulnerabilidad-competencia y fundamentado en la hipótesis de la desmoralización de J. Frank ⁽²³⁾. Según este autor, las personas acuden a los dispositivos de salud mental no tanto por las quejas sino cuando sienten que no son capaces de gestionar sus problemas.

La interacción de las disposiciones tempranas con factores educacionales y de crianza conllevará la aparición de rasgos estables que condicionarán en el futuro las capacidades y limitaciones de la persona para adap-

tarse al entorno. Así, en situaciones de “crisis”, se puede ver si los rasgos del sujeto para enfrentarla son adaptativos y le permiten afrontarla de forma adecuada o son desadaptativos y le llevan a una pérdida o ruptura del equilibrio entre la vulnerabilidad y la competencia y de ahí a la aparición de la desmoralización, y en consecuencia síntomas de todo tipo: afectivos, comportamentales, cognitivos, relacionales, etc.

La elaboración conjunta por parte del paciente y el terapeuta de este modelo de competencia / vulnerabilidad es tanto la puerta de

acceso para entender la(s) queja(s) que el paciente lleva a consulta como el inicio de la intervención psicoterapéutica.

Condiciones para la psicoterapia breve

Como se mencionaba anteriormente la base de la psicoterapia breve es la elaboración conjunta de una definición del problema y del modelo etiológico (o teoría conjunta). Para poder realizar este trabajo es condición que el paciente disponga de unas mínimas capacidades psicológicas y motivacionales.

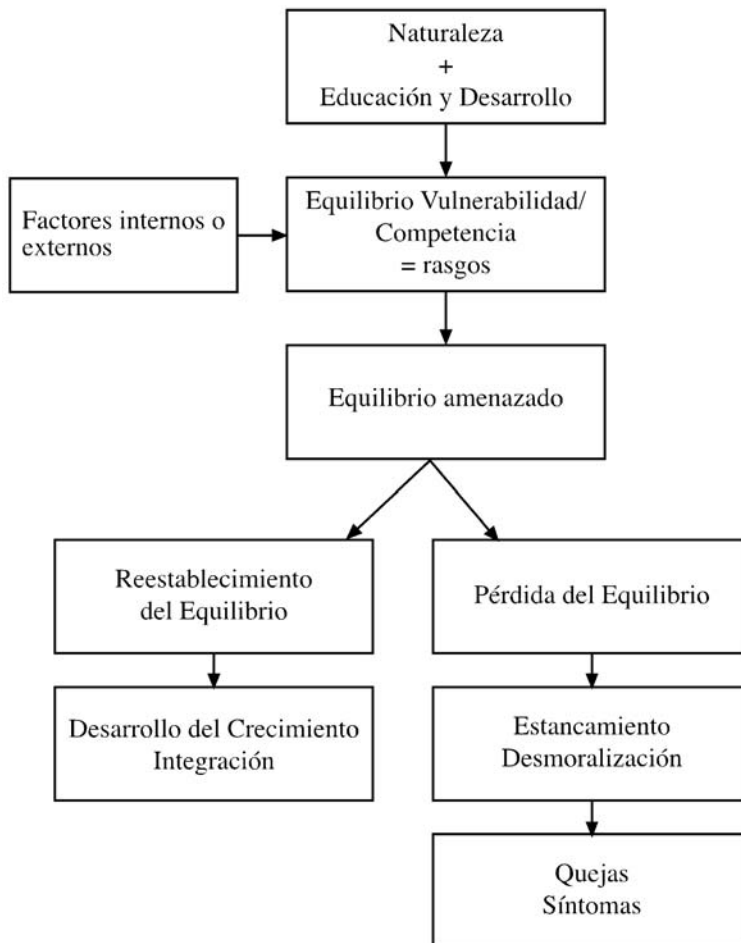


Figura 1. Etiología.

Determinadas condiciones clínicas hacen desaconsejable la psicoterapia breve como la existencia de trastornos de personalidad graves o recaídas frecuentes, entre otras, como puede verse en la Tabla 1.

En cambio, la capacidad para iniciar y mantener relaciones, la conservación del juicio de realidad, la reciprocidad y la capacidad de implicación, así como la motivación para el cambio son condiciones de idoneidad para la aplicación de la psicoterapia breve.

Según Rijnders al menos un 60% de todos los pacientes remitidos al CSM presentan estas características.

La psicoterapia paso a paso

El modelo propuesto por Rindjers ⁽³⁰⁾ plantea una psicoterapia en fases, como se muestra en la Figura 2.

Primero se realiza una entrevista para valorar las características de la persona que va a realizar la terapia, y excluir a aquellas que no se van a beneficiar de la terapia, conforme a los criterios señalados más arriba.

Tras este primer paso terapeuta y paciente dedican unas sesiones a establecer la base de la terapia, que consiste en esencia en que

ambos lleguen a una definición conjunta del problema. Para ello el terapeuta busca el acuerdo guiándose en el modelo de vulnerabilidad y competencia ya mencionado, y se apoya en la construcción de un esquema que explique el problema. Se busca una definición simple del problema, básicamente éste es el resultado de la suma de las circunstancias de la vida del paciente más factores de su funcionamiento personal: (Problema = circunstancias + personalidad). Se suele expresar mediante un lema, proverbio o metáfora. El funcionamiento personal se describe utilizando la “metáfora del continuo” entre pares de modos opuestos de reaccionar. Así por ejemplo una persona se desplaza entre el activo y el pasivo, entre el pesimista y el optimista, etc. El acuerdo entre el terapeuta y el paciente sobre una definición simple del problema es condición ineludible para seguir adelante. Si no hay acuerdo en este punto de entre ambos la psicoterapia no es posible.

El siguiente paso de la psicoterapia consiste en marcarse unos objetivos. Estos han de ser realistas y a dos niveles: a corto plazo, para salir del atascamiento recuperando el control sobre las quejas, y a largo plazo, para modificar el funcionamiento personal no adaptativo. En consecuencia se acuerdan las metas y el plan de trabajo, eligiendo las técnicas para conseguir el cambio conductual.

Fase	Duración de las sesiones	Intervalo entre sesiones
0. Evaluación preliminar		
1. Teoría conjunta	45 minutos	7-10 días
2. Cambio conductual	30 minutos	2-3- semanas
3. Consolidación	20-30 minutos	2 meses

figura 2. Fases de la Terapia de corta duración

El modelo es flexible a la hora de elegir las técnicas que se pueden utilizar durante la terapia. En principio cualquier técnica de nuestra “mochila de recursos terapéuticos” puede ser válida para seguir adelante, adaptándonos a las necesidades y recursos del paciente (terapia centrada en soluciones de De Shazer (24, 25)). La medicación (hipnóticos, antidepressivos, ansiolíticos) se contempla como parte de la terapia pues ayuda a reducir obstáculos que impiden que el tratamiento avance. Otras técnicas utilizadas son el entrenamiento en habilidades, terapia interpersonal (31), terapia cognitiva (32), etc. También se puede contar con alguien del entorno que pueda ayudar en el proceso terapéutico.

La última etapa o etapa de consolidación busca la definición de cambios más a largo plazo de los hábitos desadaptativos, persiguiendo la autonomía de la persona, su autocontrol, y la prevención de recaídas. Es interesante señalar en este punto la utilización estratégica que el modelo de terapia de breve de Rindjers hace del tiempo. Se van ampliando progresivamente los tiempos entre una sesión y la siguiente. Como se señala en la Figura 2, el lapso de tiempo entre la primera cita y la segunda es de 7 días, entre las dos siguientes transcurren 15 días, para pasar a 21 días en la fase de cambio conductual, y dos meses en la fase de consolidación. Esta estrategia busca la progresiva autonomía de la persona que recibe psicoterapia.

El siguiente caso puede ilustrarnos la implementación del modelo que presentamos.

Ania, 50 años, casada y con dos hijos varones de 24 y 25 años que viven en el domicilio, no trabaja fuera de casa y tienen un nivel de formación básico. Es remitida por su Médico de Atención Primaria al Centro de

Salud Mental, con el siguiente texto en el informe de derivación: “ANSIEDAD. Paciente que acude por prurito vaginal de hace tiempo, realizándose pruebas (cultivos, etc.) siendo todas normales y pareciendo todo de tipo psicológico. Se estuvo tratando con Atarax y Lexatín sin mejoría. La paciente acudía a psicólogo particular sin clara mejoría. La paciente solicita valoración por Psicólogo. Envío para valoración. Un saludo. Gracias.”

Entrevista de valoración (28-4-05): Ania está sana en general, excepto por una perforación del oído. No quiere que escriba el problema en la historia clínica, a lo que accedo. Lleva un tiempo con una relación extramatrimonial, con el marido no se entiende, y está desesperada porque no puede dormir por las noches debido a los picores. Lleva 1 año con Atarax, y el psicólogo privado con el que estuvo tres meses, no mejoró el problema. Al principio el psicólogo repasó la infancia, la familia, las amistades y luego se centró en el problema con relajación. Pero temía caer en dependencia del psicólogo, lo mismo que le pasó con el Lexatín, que lo toma pocas veces porque teme caer en la dependencia. Acepta el formato de terapia breve. Se contesta al informe del MAP: “trastorno por somatización, comienzo psicoterapia breve”.

1ª sesión (1-6-05)

El prurito nocturno incluye a veces dolores en el recto, contracciones musculares. Lo relaciona con la situación sentimental: relación fuera del matrimonio y mala relación de pareja. Con su amante no tiene planes de pareja, pues él no quiere romper con su mujer, y tampoco ella quiere romper la relación porque se encuentra a gusto. Con su marido las cosas no van bien; distantes, poco diálogo.

Durante la entrevista se rellena el esquema de trabajo que se expone en la Figura 3.

Tarea: pensar en otras cosas. Lista de otras cosas (buenas y malas). Cambiará de pensa-

Problema (s)	Picores, más bien nocturnos, en consecuencia duermo muy mal.
Circunstancias	No estoy a gusto con la vida que llevo. Dependencia económica.
Factores de personalidad	Cobarde, sentimiento de culpabilidad

Figura 3

2ª sesión (10-6-05)

En esta segunda sesión se añaden nuevos elementos al esquema de trabajo, señalados en letra cursiva en la Figura 4.

Ania valora que :“No estoy ni peor ni mejor. Sigo igual.” Se establece la siguiente hipótesis conjunta: doble vida + culpabilidad + no querer relaciones con mi marido + no expresar sentimientos (como sucedía en la familia de origen de Ania, como también sucede en la historia de la pareja) = picores. Ella piensa: o me separo o dejo la doble vida.

3ª sesión (24-6-05)

Elegimos el funcionamiento personal como elemento a cambiar, y elige no sentirse culpable. La meta, en consecuencia, es disminuir la culpabilidad.

Objetivo: aceptar y dejarlo fluir.

miento inmediatamente. Se espera un 10 % de resultado.

4ª sesión (28-7-05)

Resultados vinculados al manejo del problema: notable mejoría de la 2ª semana de julio. Retroceso a partir del 15 y + - sigo igual.

Durante una semana tuvo una mejoría del 90%. Estuvo una semana de vacaciones con el marido, también a la vuelta notó un poco de mejoría. Lo diferente en esa semana fue el contacto con el mar, llevó a cabo el cambio de pensamiento, y buscó su espacio.

Dice que quisiera tener más tiempo libre, se siente atada, dependen de mí para todo (en referencia a marido e hijos).

A los 9 meses de nacer Ania sus padres se separan, y fue criada por su hermana mayor,

Problema (s)	Picores, más bien nocturnos, en consecuencia duermo muy mal.
Circunstancias	No estoy a gusto con la vida que llevo. Dependencia económica. <i>Mi pareja y yo no expresamos nuestros sentimientos en nuestro matrimonio.</i>
Factores de personalidad	Cobarde, sentimiento de culpabilidad. <i>No expreso mis sentimientos. Voy por la vida con mucha prisa. Me cuesta mucho expresar los sentimientos (conmigo no lo hicieron, ahora me molesta por mis hijos).</i>

Figura 4

que la llevaba 13 años. A los 8 años fue a un internado. Piensa que esto la influye para estar tan volcada con la familia.

Tarea: repetir en lo posible las condiciones de esa semana buena (la 2ª de julio) en la vida cotidiana.

5ª sesión (27-9-05)

Lleva 15 días con una mejoría del 60%, controla los picores, pasa sin rascarse. Lo que hizo de la tarea fue pensar en quitarse de encima responsabilidades. En ese sentido se vio favorecida porque se casó uno de los hijos. Además desde la segunda semana de julio no tiene relaciones con el marido. Se inventó una estratagema que cuenta a medias, con vergüenza, (sensación presente en todas las entrevistas): sorprendió al marido en un chat y como enfado no se acuesta con él.

No acepta el ofrecimiento de un seguimiento y cree que ya puede arreglárselas ella sola con lo que ha aprendido. Alta por mejoría.

LA INVESTIGACIÓN

El estudio plantea el siguiente objetivo e hipótesis:

Objetivo general: evaluar la efectividad de un Programa de Terapia Breve en comparación con los métodos de tratamiento habituales en los Centros de Salud Mental del Principado de Asturias

Hipótesis generales:

La Terapia Breve es al menos tan efectiva como las intervenciones habituales en los Centros de Salud Mental.

La Terapia Breve es más eficiente que las intervenciones habituales en los Centros de Salud Mental

Muestra:

La muestra está compuesta por 342 personas mayores de 15 años que son remitidas por primera vez a uno de los 6 Centros de Salud Mental (Tres Centros de Salud Mental en Oviedo, dos Centros de Salud Mental en Gijón y un Centro de Salud Mental en Luarca) donde se realiza la investigación que cumplan criterios de inclusión y que no cumplan ninguno de los criterios de exclusión. Los sujetos son asignados al azar al grupo experimental y al grupo control

Criterios de exclusión:

Por diagnóstico:

- Trastornos mentales orgánicos.
- Adicciones.
- Psicosis.
- Trastornos de alimentación.
- Retraso mental.
- Trastornos de desarrollo psicológico.
- Trastornos graves de personalidad (Paranoide, Esquizoide, Disocial, de Inestabilidad Emocional y Mixto)

Intento autolítico grave en los 6 meses anteriores a la evaluación.

Personas que no requieran un tratamiento especializado desde un Centro de Salud Mental.

Criterios diagnósticos de inclusión:

- Trastornos depresivos sin síntomas psicóticos.
- Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.
- Trastornos del sueño.
- Disfunciones sexuales.
- Trastornos psicósomáticos.
- Trastornos de personalidad: Histriónico, Anancástico, Ansioso, Dependiente.

Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos.

Sujetos diagnosticados según el eje III: Factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud.

Proceso experimental:

Se realiza en dos fases. En ambos casos los sujetos son asignados aleatoriamente al grupo experimental y al grupo control. En la primera fase no se realizó evaluación pretratamiento, el resto del diseño fue similar en las dos fases. Todos los sujetos que recibieron psicoterapia de corta duración dieron su consentimiento.

de corta duración) y 70 sujetos al grupo control (tratamiento habitual) Finalizado el tratamiento se realiza en todos los sujetos una evaluación psicométrica postratamiento (al mes) y tres seguimientos (6, 12 y 24 meses) que incluye:

- Estado clínico: se utiliza la Escala de cambio de la Impresión Clínica Global (ICG) (33) a paciente, y Cuestionario de 90 síntomas-revisado SCL-90-R (34) a paciente;
- Discapacidad, estrés y apoyo social, mediante el Inventario de Discapacidad de Sheehan (SDI) (35) a paciente; y
- Satisfacción con el tratamiento, mediante el Cuestionario de Satisfacción (36)

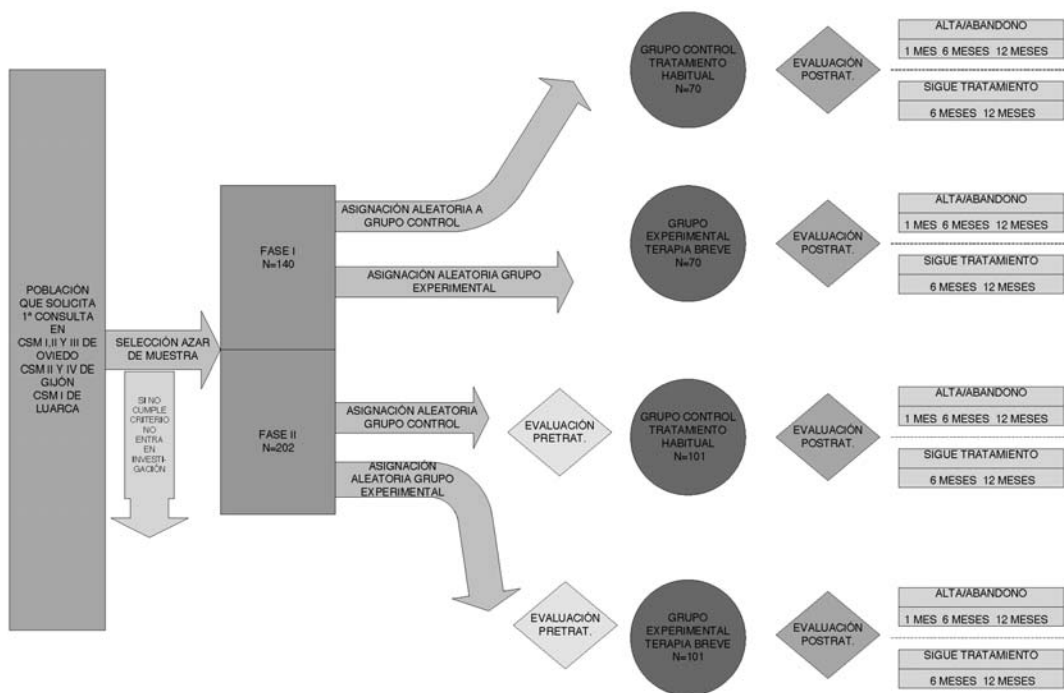


Figura 5

En la primera fase (que se inició en Octubre de 2004) se incluyeron un total de 140 pacientes que cumplían criterios de inclusión. Se les asignó de manera aleatoria 70 sujetos al grupo experimental (tratamiento

En la segunda fase del estudio (Junio de 2005) se incluyeron 202 sujetos que cumplían los criterios de inclusión en el estudio, y se asignaron de manera aleatoria 101 sujetos al grupo experimental y 101 sujetos al grupo

control. Antes de iniciar cualquier modalidad de tratamiento se procedía a una evaluación psicométrica pretratamiento, que incluía:

- El estado clínico: se utiliza la Escala de gravedad de la Impresión Clínica Global (33) a Médicos de Atención Primaria y el Cuestionario de 90 síntomas revisado a paciente, y
- Discapacidad, estrés y apoyo social: Inventario de Discapacidad de Sheehan (SDI) a paciente y Médico de Atención Primaria.

Finalizado el tratamiento, a todos los sujetos se les realiza una evaluación psicométrica postratamiento que incluye:

- Estado clínico: se utiliza la Escala de gravedad de la Impresión Clínica Global a Médicos de Atención Primaria; la Escala de cambio de la ICG a paciente y Médico de Atención Primaria; y el Cuestionario de 90 síntomas-revisado (SCL-90-R) a paciente;
- Discapacidad, estrés y apoyo social, mediante el Inventario de Discapacidad de Sheehan (SDI) a paciente y Médico de Atención Primaria; y
- Satisfacción con el tratamiento, mediante el Cuestionario de Satisfacción (36) al paciente.

Principales variables independientes o de tratamiento:

- Programa de intervención: Tratamiento habitual/ Terapia Breve
- Tipos de intervención
- Psicofármacos
- Número de sesiones
- Duración de tratamiento

Principales variables dependientes o de resultado:

- Continua a tratamiento
- Alta
- Abandono
- Retorno
- Estado Clínico
- Consumo de psicofármacos
- Número de sesiones y tiempo de tratamiento
- Nivel de satisfacción con tratamiento
- Nivel de discapacidad global, laboral, familiar y social
- Número de consultas con el Médico de Atención Primaria por problemas de Salud Mental

Variables extrañas a controlar:

- Variables sociodemográficas
- Variables clínicas
 - Diagnóstico CIE-10
 - Inicio de sintomatología
 - Antecedentes de tratamiento en Atención Primaria o Salud Mental
- Otras variables
 - Escala de apreciación subjetiva del terapeuta de variables del consultante, etc.

Para el registro de las variables los datos se obtienen del sistema de Registro del SESPA y de la Historia Clínica de Salud Mental. También datos consignados en la Historia Clínica de Atención Primaria y los facilitados en entrevista telefónica por el Médico de Atención Primaria mediante cuestionario telefónico realizado al paciente. Los obtenidos mediante los instrumentos psicométricos pre y post-tratamiento.

En este momento se ha finalizado la aplicación del tratamiento breve en la primera fase y se está realizando el seguimiento postratamiento de todos estos casos. La segunda fase está a punto de finalizar la aplicación del tratamiento breve. Próximamente se publicarán los primeros resultados.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Lazare A, Eisenthal S. Outpatient psychiatry diagnosis and treatment. Ed. Williams & Wilkins. Baltimore/London, 1979.
- (2) Swinkels J.A. Wat mag ik voor u doen?: een exploratief onderzoek naar de hulpvraag van patiënten op een polikliniek psychiatrie. Universiteit van Amsterdam, 1994.
- (3) Servicio de salud del Principado de Asturias (SESPA). Plan Estratégico para el Desarrollo de los Servicios de Salud Mental. Oviedo, 2000
- (4) Malan D.H. Psicoterapia breve. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1983.
- (5) Sifneos P. Psicoterapia breve con provocación de angustia. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1993.
- (6) Strupp H.H, Binder J.L. Una nueva perspectiva en psicoterapia. Guía para la psicoterapia psicodinámica de tiempo limitada. Ed. DDB. Bilbao, 1993.
- (7) Fisch R., Weakland J.H, Segal L. La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia. Ed. Herdere. Barcelona, 1984.
- (8) De Shazer S. Berg I.K., Lipchik E., Nunnally E, Molnar A, Gingerich W, Weiner-Davis M. Brief therapy: Focused solution development. *Family Process* 1986; 25: 207-221.
- (9) Beyebach M. Introducción a la terapia centrada en soluciones En J. Navarro Góngora, A. Fuertes y T. Ungidos (Eds.). *Prevención e intervención en salud mental*. Ed. Amaru. Salamanca, 1999. p.211-245.
- (10) Nardone G. Watzlawick P. El arte del cambio. Ed. Herder. Barcelona, 1995.
- (11) Rijnders P.B.M. Programa de Psicoterapia de corta de duración I. Seminario impartido en Oviedo, dentro de la Formación Continuada SESPA. Abril y Mayo de 2002.
- (12) Lambert M.J, Shapiro D.A, Bergin A.E. The effectiveness of psychotherapy. En S.L. Garfield y A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (3ª ed.) Ed. Wiley. Nueva York, 1986.
- (13) Strupp H.H. The Vanderbilt psychotherapy research project: past, present and future. En J.B.W. Willians y R.L. Spitzer (Comps.), *Psychotherapy research: Where are we and where should we go?* Ed. Guilford Press. Nueva York, 1984.
- (14) Garfield S.L. Research on client variables in psychotherapy. En S.L. Garfield y A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (3ª ed.). Ed. Wiley. Nueva York, 1986.
- (15) Bados López A., García Grau E, Fusté Estocolmo A. Eficacia y utilidad de la terapia psicológica. *Revista Internacional de psicología Clínica y de la Salud* 2002; 2: 477-502
- (16) Howard K.I, Davidson C.V, O'Mahoney M.T, Orlinsky D.E, Brown K.P. Patterns of psychotherapy utilization. *American Journal of Psychiatry* 1989; 146: 775-778.
- (17) Sande R, Van der Hoof F. Van, Hutschemaekers G. Vraag en aanbod in de RIAGG: een praktijkstudie van de RIAGG-zorg voor volwassenen, cliënten, hulpvragen en behandelingen. Ed. NcGv. Utrecht, 1992.
- (18) Jonson D.H, Gelso C.J. (1980). The effectiveness of time limits in counselling and psychotherapy. A critical review. *The Counseling Psychologist* 1980; 9: 70-83.
- (19) Beyebach M, Rodríguez Sánchez M.S, Arribas de Miguel J, Hernández C, Martín M.J, Rodríguez Morejón, A. Terapia familiar breve: Resultados de la terapia centrada en las soluciones en la Universidad Pontificia de Salamanca. *Revista de Ciencias y Orientación Familiar* 1997; 15: 9-29.
- (20) Pérez Grande M.D. Evaluación de resultados en terapia sistémica breve. *Cuadernos de terapia familiar* 1991; 18: 93-110.
- (21) Espina Barrio J.A, Cáceres Pereira J.L. Una psicoterapia breve centrada en soluciones. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq* 1999; 19: 23-38.
- (22) Rodríguez-Arias Palomo J.L, Otero Larea M, Venero Celis M, Ciorda Rada N, Vázquez Fondó P. Estudio de evaluación de resultados en terapia familiar breve. *Papeles del Psicólogo* 2004; 87: 20-28.

- (23) Frank J.D, Frank J.B. Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy (3rd ed.) Ed. John Hopkins University Press. Baltimor, 1991.
- (24) De Shazer S. Keys to solution in brief therapy. Ed. Norton. New York, 1985.
- (25) De Shazer S. Words were originally magic. Ed. Norton. New York, 1994.
- (26) Isebaert L, Cabié M.C. Pour une thérapie brève. Ed. Erès. Ramonville Saint Agne, 1997.
- (27) Orlemans, J.W.G. Modellen voor probleemkeuze en functie-analyse. In J.W.G, 1987.
- (28) Hoogduin C.A.L. De ambulante behandeling van dwangneurosen. Ed. Van Loghum Slaterus. Deventer, 1986.
- (29) Audenhove C, Vertommen H. Indicatiestelling voor psychotherapie door overleg. Tijdschrift voor psychotherapie, 1984; 10: 28-43.
- (30) Rindjers, P.B.M. De la desmoralización a la competencia: Una guía para aplicar psicoterapia de corta duración. En prensa..
- (31) Klerman G.L, Weissman M.M.. New applications of interpersonal psychotherapy. Ed. American Psychiatric Press. Washington, 1993.
- (32) Beck A., , Rush A.J, Shaw B.F, Emery G. Cognitive therapy for depression. Ed. Guilford Press. New York, 1979.
- (33) Guy W. Early Clinical Drug Evaluation (ECDEU). Assesment Manual. Ed. National Institute Mental Health. Rockville, 1976.
- (34) Derogatis, L.R. SCL-90-R: administration, scoring and procedures manual 3e edition. National Computer Systems. Minneapolis, 1994.
- (35) Sheehan D.V, Harnett-Sheehan K, Raj B.A. (1996). The measurement of disability. Int. Clin. Psychopharmacol. 1996; 11: 89-95.
- (36) Moré Herrero M.A, Muñoz P.E. Satisfacción de los usuarios de un servicio de salud mental. Archivos de Psiquiatría 2000; 63: 139-158.

Agradecimientos:

Unidad de Coordinación de Salud Mental

Colaboradores de la investigación en los Centros de Salud Mental

Dirección postal:

Begoña Braña.

Centro de Salud Mental de Luarca (Asturias)

c/ Villar s/n - 33700 Luarca

Psicoterapia de grupo sistémica: una propuesta

Systemic Group Psychotherapy: A proposal.

Andrés Cabero Álvarez

Psicólogo Clínico

Centro de Salud Mental Teatinos. Oviedo. Sespa. Asturias

RESUMEN

Se exponen los principios y el desarrollo de una psicoterapia de grupo sistémica, realizada en un centro de salud mental público, y dirigida a pacientes con las patologías más prevalentes.

Palabras clave: *Psicoterapia de grupo, terapia familiar sistémica, servicios públicos salud mental.*

ABSTRACT

We put forward the principles and the process of a Systemic Group Psychotherapy that was carried out at a Public Mental- Health Service, and aimed at patients suffering the most prevailing disorders.

Key Words: *Systemic Group Psychotherapy, family therapy, Public Mental- Health Service.*

INTRODUCCIÓN

Mientras que en algunos modelos terapéuticos, como el psicodinámico o el cognitivo conductual, el formato grupal ha merecido amplia atención y desarrollo, en el modelo sistémico el impacto ha sido menor, tanto en el análisis teórico, como en los desarrollos prácticos. Probablemente la óptica familio-centrista (sin que esto suponga menoscabo alguno de la importancia de trabajar y tomar en cuenta a la familia, como se encarga de recordarnos Minuchin ⁽¹⁾) ha contribuido a alejar a algunos sistémicos, entre los que me encuentro, del interés por explorar el grupo como formato psicoterapéutico. Cuando surgía el debate respondía a modo de letanía: “yo trabajo con grupos familiares”. Verdad a medias, pues convocaba a grupos de diferentes familias muy de tiempo en tiempo, en contraste con la frecuencia en la convocato-

ria de familias, así como a parejas. No obstante hay desarrollos notables en la historia de la terapia familiar que animan el paisaje, como los proyectos que emplean el formato psicoeducativo grupal como una intervención psicosocial dirigida a las familias con un miembro esquizofrénico ⁽⁴⁾. También los grupos multifamiliares se han utilizado para enfrentar problemas mentales crónicos y de toxicomanías, así como se han incorporado al abordaje terapéutico en familias con un miembro discapacitado, o con enfermedades físicas crónicas en su seno ^(5, 6, 7).

CONTEXTO

La ruptura de esa inercia se produce en parte gracias a la presión asistencial que tensiona los Centros de Salud Mental Comunitarios ⁽²⁾. El mantenimiento en la demanda de la prevalencia de los trastornos

neuróticos sitúa al CSM en la necesidad de aumentar su eficiencia, para mantener unos parámetros de calidad en la atención a estas patologías, sin desatender la atención al resto de las patologías, en particular las diversas expresiones de psicosis. En este contexto los clínicos, en este caso el autor, se repiensen la opción de trabajar con grupos. Es relevante señalar y agradecer el papel del equipo de trabajo del Centro de Salud Mental de Teatinos (Oviedo, SESPA) implicado en el proyecto. En especial al apoyo de Tomás Díaz, psiquiatra que atiende los problemas de toxicomanías en el CSM, que señala con clarividencia ⁽³⁾ que es la buena relación entre las personas lo que sustenta un equipo. También ha sido básica la colaboración de los residentes de psicología clínica (PIR) del área de Oviedo Carlos Veiga, Carlos García y Lara Hernández, que han encarnado los papeles del yo auxiliar. Todos han aportado aspectos útiles en las presiones y postsesiones, colaborando con el terapeuta directo en el desempeño terapéutico.

La propuesta que se presenta en este trabajo (Tabla 1) es una variación de la partitura utilizada por Selekmán ^(8, 9), donde forma grupos de padres centrados en la solución para ayudarles con sus hijos adolescentes. En el presente trabajo se expone una interpretación libre, diseñada con elementos del modelo de Selekmán y aportaciones desde

otras influencias sistémicas, buscando ecos que fueran armoniosos con la melodía. Para ello se incluyó un elemento psicoeducativo presente en la propuesta de Selekmán, que explica al grupo de padres los supuestos claves centrados en la solución. Selekmán lo lleva cabo en una sola sesión, mientras que en este proyecto cada sesión finaliza con un momento psicoeducativo, que enlaza con las tareas para la sesión siguiente. Por ejemplo, como se ve en la Tabla 2, donde se esquematiza el contenido de las sesiones, en la segunda sesión se explica la idea de las excepciones (el problema no está presente todo el tiempo) y se les indica que anoten en su cuaderno de bitácora las excepciones que vayan encontrando hasta la próxima sesión. Para exponer cada elemento del modelo se ha organizado una argumentación teórica, presentada con apariencia de fundamentación, pero también con fines sugestivos, siguiendo las pautas de Nardone ⁽¹⁰⁾ (explicación científica algo rebuscada o pedante, disminuyendo el ritmo verbal), indicando a continuación la tarea correspondiente hasta la próxima cita.

El marco conceptual de este trabajo grupal se nutre del modelo orientado a soluciones y del estratégico intentando seguir una secuencia como la que sugiere la FIG. 1: Soluciones- excepciones - versus intentos de solución/ giro 180° - versus paradójico (rol del pesimista y ventana de ventilación).

Formato de terapia de grupo sistémica
Centro Salud Mental Público
6-10 personas adultas, hombres y mujeres
Episodios o trastornos depresivos leves y moderados, y/o trastornos adaptativos.
Equipo de dos terapeutas y un yo auxiliar
7 sesiones. Las 5 primeras semanales y el resto quincenales
La duración de las sesiones es de una hora
Modelo relacional sistémico y orientado a soluciones
Terapeuta directo, observador y PIR

Tabla 1

ESTRATEGIA

El componente paradójico se aporta en la terapia con la elección por parte del grupo de la persona que peor ve las cosas ese día o que perciben con mayor malestar. Esta persona tiene todo el derecho a expresar su negra visión de las cosas, de sí misma, o de lo que suceda durante la sesión. Este sistema criollo, descrito por Coloane ⁽¹¹⁾ en sus cuentos, que servía para engrasar la difícil convivencia a bordo de los barcos durante prolongadas singladuras, prescribe la secuencia pesimista.

En ayuda del pesimista del día acude el yo auxiliar del pesimista, que intentará que el pesimista no se aleje de su misión. Durante el ejercicio del yo auxiliar ⁽¹²⁾ el PIR se coloca detrás del designado pesimista, y tras adoptar sus expresiones no verbales, expresa lo que percibe que no manifiesta el sujeto, pero que forma parte de él. Las vivencias de los residentes de psicología clínica que han pasado por ese rol de auxiliar dan fe de la intensidad emocional que supone este ejercicio. Por otro lado las manifestaciones de los pacientes que han tenido la oportunidad de dar rienda suelta al pesimismo, suelen ser de agradecimiento, describiendo situaciones de desahogo o como algo que les ha hecho reaccionar. El rol de pesimista a veces irradia pesimismo al grupo, como se recoge en la transcripción de una sesión ⁽¹³⁾, pero tras tres intervenciones del pesimista otros pacientes (A. y E.) se ponen optimistas. Así V., la pesimista, dice “No puedo hacer algo para mejorar”, a lo que A. responde “sí que puedes”.

Todas las sesiones se inician con una ventana de ventilación de 7 minutos para que cada cual pueda expresar sus sentimientos negativos, o lo mal que lo están pasando. Esta ventana pretende introducir un cambio en el patrón de la queja ⁽¹⁴⁾, forzándola a ha-

cerla más rápida dado que es un tiempo único para todo el grupo: ellos pueden gestionar ese tiempo como quieran.

Una sesión tipo de 60 minutos incluye, en una secuencia de principio a fin de la sesión, los siguientes pasos:

Saludo y ventana para la ventilación: 7 m. durante los cuales las personas con necesidad de hablar cuentan lo que les pasa.

Rol del pesimista, ¿a quién percibe el grupo con más necesidad de ser el pesimista de hoy? Yo auxiliar del pesimista.

Repaso de tareas anotadas en el cuaderno de bitácora.

Debate grupal, técnicas grupales, escenificaciones, etc.

Momento psicoeducativo, exposición de un elemento del modelo sistémico.

Tarea para la siguiente sesión.

Las metáforas juegan un papel importante en el diseño de la terapia, siendo una de las misiones de los terapeutas, en especial del terapeuta observador, “pescar” las metáforas que van surgiendo durante las sesiones. Por ejemplo durante la sesión centrada en los recursos para cambiar se propone la metáfora de la caja de herramientas que tenemos pero no usamos. En otras sesiones también surge la metáfora de la lavadora, para señalar cómo la cabeza da muchas vueltas a las cosas que nos preocupan, estancándonos en centrifugados estériles. Enseguida enganchan otros hablando de cómo paran la lavadora, por ejemplo, saltando. La lavadora es una metáfora que traspasa los sucesivos grupos, al igual que el cuaderno de bitácora, explícitamente señalado a los participantes del grupo en la primera sesión, y que tam-

bién incluye un modelo para los terapeutas (tabla 3), de utilidad en la secuencia pre-sesión- sesión- postsesión.

Otros momentos en los cuales esta terapia grupal se aparta de la melodía base de Selekman, se produce en la sesión 4ª (tabla 2), cuando los integrantes del grupo traen un objeto que represente una fortaleza propia, un momento trascendental en sus vidas. La introducción del objeto intermediario ⁽¹²⁾ en la sesión, amplifica la comunicación de soluciones a los miembros del grupo, facilita la expresión de historias y recursos propios, y convierte esa sesión en uno de los momentos más emocionales de la terapia.

También los cuentos que se introducen en las sesiones primera y quinta son apoyos pedagógicos para ayudar al grupo a asimilar algunos conceptos básicos del modelo. “Un cuento chino” ⁽¹⁵⁾ anima a la reflexión para relativizar los problemas, en la apertura de la terapia grupal; y “las ranitas en la nata” ⁽¹⁶⁾ ayuda a introducir el esquema de soluciones intentadas y ha sido fuente de numerosos desarrollos metafóricos por los participantes en la terapia de grupo.

PAPEL DEL TERAPEUTA

El terapeuta abre y cierra las sesiones, felicita al grupo y las intervenciones merecedoras de elogios, introduce metáforas (que han sido recogidas por los coterapeutas en la pre-sesión o postsesión) marca los tiempos (ventilación-pesimista-tareas-teoría-tareas para casa), y las tareas en los grupos (escribir una idea nueva en el cuaderno de bitácora, escenificar). Mantiene las reglas del grupo, organizando las intervenciones: respeto, no se puede intentar convencer a otros, “todos tienen derecho a tirar a la basura las opiniones de los demás”. Centra las metas: buscar soluciones, aprender de lo que hace-

mos. Se puede decir que para los terapeutas están abolidas las interpretaciones, y que su misión es guiar el barco a buen puerto: convertir el grupo en un taller de soluciones. El terapeuta también mantiene una actitud de redefinición positiva constante, evitando posturas ingenuas. Por ejemplo en un grupo una participante en la primera sesión dijo que se encontraba mejor y tenía la sensación de no pintar nada allí, viendo como estaban los demás. Se señala este hecho como la primera mejoría atribuible al grupo. Si alguien no mejora se redefine como que cada cual mejora a su ritmo y quizás ese no es su momento. Si a una persona la angustia no le deja hablar se dice que ese día está sólo para recibir, escuchar, y otro día hablará.

Una actuación típica del terapeuta consiste en escribir en un papelógrafo las normas de la terapia, los elementos del modelo teórico que se van desbrozando, o las soluciones que los pacientes-clientes han escrito en sus cuadernos de bitácora. Por ejemplo en la sesión centrada en las excepciones, al revisar las tareas, escribe las aportaciones de los componentes del grupo cuando los problemas son menores:

componer música
 escribir en el ordenador
 relacionarme con amigos
 ver lo positivo de mi hijo
 pensar menos
 confiar en los demás.
 tiempo para las aficiones
 ocuparme de otros.
 aceptar mis limitaciones.

DESENLACE

Para finalizar comenzaremos por el principio: en la primera sesión se bautiza el grupo con el nombre “buscando soluciones para el cambio”, orientando la proa desde el comienzo hacia esa meta grupal. Sin embar-

go en el argot privado del centro de trabajo se le llama coloquialmente el grupo de ventiladores, pues así era visto por la jerarquía y los otros psiquiatras del centro, como un lugar para “ventilar” las emociones. Aunque el término se aleja de las intenciones de los terapeutas funcionó subrepticamente, pues se coló en la “ventana de ventilación” que da comienzo a cada sesión, encajando sin problemas en el imaginario popular de los participantes en la terapia. En cambio cuando el terapeuta habla consigo mismo, o con el equipo terapéutico (terapeuta observador, yo auxiliar) cambia de registro y recuerda que el ritmo de la rumba catalana se denomina “el ventilador” (17). De esta manera escapamos de la tiranía epistemoló-

gica que podría suponer el uso del término “ventilar”, cambiando de compás, y mientras “ventilan” nosotros “rumbeamos”, buscando el ritmo del grupo.

Está en el ánimo de este proyecto aportar un grano de arena, en la línea de otras aportaciones inspiradas en el modelo orientado a soluciones, como el propuesto para trabajar con personas violentas (18), para animar a la implementación de formatos grupales de inspiración sistémica. En estos momentos se está evaluando la eficacia y eficiencia de esta terapia grupal, así como estudiando la valoración de cada sesión por parte de los participantes, y la evolución de la alianza a través de las sesiones.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Minuchin S. Entrevista. *Mosaico* 2005; 33: 42-45.
- (2) SESPA. Plan estratégico para el desarrollo de los servicios de salud mental 2005-2007. Consejería de Sanidad. Principado de Asturias.
- (3) Díaz T. Breve historia o el inicio de una andadura grupal. Comunicación IV Jornadas Asturianas de Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y salud mental. Gijón. 2005.
- (4) Kuipers E, Leff J, Lam D. Esquizofrenia. Guía práctica de trabajo con las familias. Ed. Paidós. Barcelona, 2004.
- (5) González S, Steinglass P, Reiss D. Family-centered interventions for people with chronic disabilities. George Washington University. Washington, 1987.
- (6) Steinglass P. Grupos de discusión multi-familiar para pacientes con enfermedad médica crónica. *Families Systems and Health*, 1998, 16: 55-70. (Trad. al castellano en Cuadernos de Terapia Familiar, 44-45).
- (7) Rolland J.S. Familias, enfermedad y discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica. Ed. Gedisa. Barcelona, 2000.
- (8) Selekman M.D. Abrir caminos para el cambio. Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas. Ed. Gedisa. Barcelona, 1996.
- (9) Selekman M.D. With a little help from my friends; the use of peers in the family therapy of adolescent substances abusers. *Family dynamics of addiction quarterly* 1991; 1: 69-77.
- (10) Nardone G. El lenguaje que cura: la comunicación como vehículo de cambio terapéutico. En G. Nardone y P. Watzlawick. *Terapia breve: filosofía y arte*. Ed. Herder. Bercalona, 1999.
- (11) Coloane F. *Cuentos completos*. Ed. Alfaguara. Madrid, 1999.
- (12) López B, Población K. La escultura y otras técnicas psicodramáticas aplicadas en psicoterapia. Ed. Paidós. Barcelona, 1997.
- (13) Veiga C. Diario de terapia de grupos para trastornos depresivos leves y moderados y t. adaptativos. CSM Teatinos. Comunicación IV Jornadas Asturianas de Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y salud mental. Gijón. 2005.

- (14) Cade B, O'Hanlon W.H. Guía breve de terapia breve Ed. Paidós. Barcelona, 1995.
- (15) García de la Villa J.M. ¿Qué decirle al paciente? III Encuentro internacional de Sinérgica. Medellín, Colombia. 2005.
- (16) Bucay J. Déjame que te cuente... Ed. Integral. Barcelona, 1999.
- (17) Cosa Nostra. Los patriarcas de la rumba. Sabor de gracia. Barcelona, 2005.
- (18) Lee M Y, Selbod J, Uken, A. Solution-Focused Treatment of Domestic Violence Offenders: Accountability for Change. Ed. University Press. Oxford, 2003.

Dirección para correspondencia:

Andrés Cabero Alvarez

Centro de Salud Mental Teatinos. Oviedo. Sespa. Asturias

C/Álvarez Lorenzana. Nº 1A. 2ºK. 33006 Oviedo

985085160

acaberoa@telecable.es

PSICOTERAPIA Y FRIVOLIDAD

Psychotherapy and frivolity

Francisco Estévez

Psicólogo clínico, psicoanalista. Centro de Salud Mental del Coto. Gijón. Asturias

RESUMEN

El autor propone una reflexión sobre las condiciones básicas para que se pueda realizar una psicoterapia en los servicios públicos de Salud Mental. Señala que la simple terapia a través de la palabra no garantiza la realización de la misma, ya que una psicoterapia requiere la presencia de un clínico cualificado, un paciente que la demande, un tiempo mínimo de atención y una secuencia de consultas que están en contradicción con la precaria dotación actual de los servicios y con la lógica capitalista que los dirige. Los obstáculos que existen actualmente para realizar una psicoterapia en el ámbito sanitario público incumple las directrices del Boletín Oficial del Estado sobre la materia e introduce un punto de frivolidad en la propia asistencia.

Palabras clave: *Psicoterapia, psicoanálisis, frivolidad, discurso capitalista, contabilidad, usuario.*

INTRODUCCIÓN

Si bien el Boletín Oficial del Estado equipara el psicoanálisis a la hipnosis - y destierra a ambos fuera de los cálidos muros institucionales - permite, en cambio, el sano ejercicio de la psicoterapia. En el número que vio su luz en la bonita mañana del sábado 16 de septiembre de 2006, bajo el epígrafe Cartera de Servicios de la Atención a la salud mental, figura lo siguiente:

«Comprende el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares (*excluyendo el*

ABSTRACT

What are the minimum necessary conditions to do psychotherapy in the Mental Health Public Services? Talk therapy is not enough to allow someone to assert that we are doing it. Psychotherapy must join together a qualified clinician, a patient that demands it and a large sequence of time long sessions; and this is opposed to the present situation of scarce resources in the services and to its capitalistic management. Nowadays the obstacles to do psychotherapy in the public health facilities break the rules of the state official act (BOE) about the subject and introduces a touch of frivolity in health assistance.

Key words: *Psychotherapy, psychoanalysis, frivolity, capitalist laws, accounting, user.*

psicoanálisis y la hipnosis), la terapia electroconvulsiva y, en su caso la hospitalización» (BOE nº 222, p. 32664).

El terreno de juego está claro, también la alineación (ocho jugadores), pero no así las reglas. ¿Dónde se reflejan las condiciones mínimas para llevar a cabo una psicoterapia, su coste, los instrumentos que se precisan, su duración? ¿O acaso se piensa que ésta consiste sólo en que uno hable y otro escuche? Así, gratis.

La psicoterapia requiere una ética y una estética, unos criterios, una orientación precisa, personal clínico cualificado y, sobre

todo, tiempo. La psicoterapia no es barata, aunque sí mucho más que el ingente gasto farmacéutico. El consumo generalizado de antidepresivos ha demostrado su eficacia a la hora de elevar el ánimo de los consejeros de administración de las grandes corporaciones farmacéuticas, pero no así el de los pacientes. Y, a la larga, empeora el humor de los gerentes hospitalarios y de los servicios públicos de salud.

EL FACTOR CONTABLE

La cuestión no es banal. Pero es preciso señalar que si la mirada de los gestores se dirige en exclusiva a la contabilidad - sea asistencial (número de usuarios, urgencias, primeras consultas, revisiones, prescripciones o altas [?]...), o económica - no se llega a ninguna parte.

La contabilidad es propia del discurso capitalista y no necesariamente garante de la eficacia del sistema sanitario, por más que muchos gerentes progresistas persigan hacerse, a través de ella, amables ante el Amo. Ignoran que éste, en el caso de existir, es ciego ante todo lo que no sea cuenta de resultados, y su intencionalidad, si la tuviere, se dirigiría a sustituirlos a la primera de cambio por representantes de la derecha pura y dura. El ejemplo del corte de cabezas en el servicio de urgencias del Hospital de Leganés, en Madrid, es paradigmático.

Desde esta perspectiva la psicoterapia no es rentable (el psicoanálisis todavía menos, por eso se lo ha excluido de raíz de la sanidad pública), excepto si se dedica a reincorporar cuánto antes al trabajo a aquellos productores que han caído víctimas de la depresión (causada, muchas veces, por la presión y desaguisados que se perpetran, un día tras otro, en los centros productivos).

¿A quién interesaría, pues, fomentar la terapia a través de la palabra? No a los que creen a pies juntillas en la bondad del sistema económico; aquellos que, hablando de extremidades, tienen las dos metidas hasta la cintura. No a los fabricantes de psicotropos, ni a los jefes de ventas. Tampoco a los jefes de compras, aunque sean de hospitales públicos, ya que ¿cuándo se ha visto que alguien reniegue del objeto que da sentido a su empleo? La psicoterapia no interesa a casi ningún responsable de política sanitaria. En primer lugar, porque la gran mayoría de estos tienen formación económica o médica. Si se inscriben en la primera no pueden sino ver la psicoterapia como una pérdida de un tiempo que vale un dinero, que es, sin embargo, de difícil cuantificación. Si son médicos de formación clínica, la impronta de lo orgánico es demasiado fuerte. Si son médicos de vocación política, se convierten en competidores, ya que a la hora de hablar por hablar ellos se llevan la palma. No hay psicoterapeuta que se les pueda igualar, ni aún siendo argentino.

PSICOTERAPIA IN RES PÚBLICA

En realidad psicoterapia y sistema público son excluyentes. No es que la administración sanitaria rechace a los psicólogos clínicos (o incluso a los psiquiatras) con formación psicoterapéutica. Al contrario, los acepta encantada... a condición de que atiendan a muchos pacientes y no se dediquen a enredar pidiendo imposibles. No hay tiempo, no hay espacio, no hay dinero. Precisamente las tres condiciones necesarias para llevar a cabo un tratamiento.

Lo que las administraciones quieren es tener psicólogos en sus plantillas. Los justitos. Y punto. Ni uno más ni uno menos. ¿Para hacer qué? Para hablar. Es lo que

mejor saben hacer los psicólogos. Hablar y hablar: de equipos, de programas, de proyectos. Otra cosa es escuchar. Si se precisa escuchar entonces algunos psicólogos declinan la invitación y se van con la estadística, creyendo que en ella está la ciencia.

Pero es preciso señalar con claridad que hablar no es suficiente. La psicoterapia tiene una complejidad que partiendo de la palabra va más allá. De hablar están las consultas llenas y la eficacia vacía. Acudir a solicitar certificados diversos, bajas laborales a la carta, informes variopintos, justificantes de asistencia, reclamaciones múltiples, también es hablar y, sin embargo, está muy lejos de la psicoterapia. Hablar por hablar es venir a lamentarse que el hijo no estudia, que la novia le dejó, que la abuela ha fallecido o que el padre está enfermo. La queja no garantiza el tratamiento. Ni siquiera la queja sobre el encargado autoritario que le ha cambiado a uno de turno. Aunque en la psicoterapia se utilice la palabra y en las asambleas también, el psicólogo no puede sustituir al enlace sindical. ¿O ahora ya no se llama así?

EL MALESTAR CONSTITUTIVO

Tampoco puede paliar el malestar de la vida cotidiana, inherente al sujeto. De eso escribió Freud con sabiduría, hace ya 80 años, en su gran obra “El malestar en la cultura”, mostrando que aquella condición que nos hace humanos - la cultura en su triunfo sobre la naturaleza - nos causa, paradójicamente malestar, al coartar, a través de la educación, las pulsiones primarias. Y así como la DGT elaboró un eslogan de gran pertinencia en su llamada a la responsabilidad de cada conductor – No podemos conducir por ti –, no estaría de más que la DSM (no la IV, sino la Dirección de Salud Mental) transmitiera también a la población, en un alarde de educación sanitaria, No podemos vivir por ti.

Pero esto es pedir peras al horno. ¿O al olmo?

Cuando se ha prometido el bienestar, ofrecido la satisfacción, asegurado la salud, procurado la ausencia de enfermedad y garantizado el equilibrio bio-psico-social a los ciudadanos, lo consecuente es que estos lo reclamen con creces. ¿Y quienes atienden las reclamaciones? ¿Tal vez los ideólogos que inventaron dichas promesas? No exactamente. Para ello se habilitan los servicios de atención al paciente, en un primer nivel, que no son otra cosa que oficinas de reclamaciones maquilladas, y los servicios de salud mental, en un segundo nivel.

REFORMA Y RECONVERSIÓN

¿Alguien se ha parado a pensar en la coincidencia que se produjo en Asturias entre el inicio de la reforma de la salud mental y el inicio de la reconversión industrial? Es cierto que hubo también voluntad de dignificar la atención a los enfermos ingresados en el hospital psiquiátrico y de cambiar el modelo obsoleto que éste representaba. ¿Pero hubiera sido posible llevar a cabo una reestructuración industrial tan dura sin el colchón de las ayudas de la UE, de los fondos mineros y de la red de salud mental? ¿No hubiera estallado Asturias?

La paradoja es que lo que en su momento contribuyó al apaciguamiento, ahora puede incitar a la queja absoluta y a la demanda sin límite. La población está: o muy quemada (si trabaja) o muy ociosa (si no lo hace). Por no decir si intenta conseguir vivienda. A todo ello se añade la neurosis de cada uno. En ambos casos piensa que el mejor tratamiento que puede dar a su malestar es el consumo. Primero, de objetos – así está Asturias salpicada de grandes superficies comerciales, a

modo de archipiélago Gulag, donde la gente no sólo se encierra voluntariamente, sino que, además, paga – y después, de servicios. Pues bien, el servicio por excelencia que se reclama es un bien: la salud. Porque los responsables políticos no se conformaron con crear un servicio sanitario público, sino un servicio de salud. Casi nada. La diferencia no es baladí. Declina garantizar lo razonable (una buena asistencia sanitaria) para prometer lo inalcanzable (salud para todo el mundo). Como si fuera posible generalizar la disminución del goce entre los humanos: que los fumadores dejen de fumar, que los obesos dejen de comer, que las parejas dejen de pelear, que los padres dejen de violentar, que los adolescentes dejen de provocar. Y así hasta el infinito. Cuando se promete todo te piden el brazo.

Durante muchos años Salud Mental hizo una función social. Pero ahora la situación es otra, ya que dicha función no tiene límite. Es el momento de ponerlo, de pasar de lo social a lo clínico. Y ahí aparecen las contradicciones. Ya que la red asistencial, en contra de lo que se piensa, no tiene los mejores recursos para hacerlo. El incremento de los volantes de derivación psicológica desde Atención Primaria no guarda proporción con la plantilla realmente existente de psicólogos clínicos. La crítica (fácil) a los psiquiatras por decantar en exceso su intervención hacia la prescripción de fármacos, no tiene en cuenta que ésta no es su vocación innata, sino a lo que se les aboca. Gracias a las prescripciones farmacológicas pueden contener una demanda desbocada. ¿Sino cómo iban a hacerlo? ¿con consultas de diez minutos cada dos meses? En este momento son los esclavos del sistema: los que más pacientes ven, los que más urgencias resuelven, los que más prescripciones realizan, los que más informes redactan, los que más quejas reciben. Y, mientras tanto, alrededor, todo el mundo ob-

tiene algún beneficio: los laboratorios, los visitadores, las farmacias, los gestores, las agencias de viajes... y, a veces, también los psicólogos. Pero los psiquiatras no son espíritus puros y se benefician conociendo mundo. Desde el Sol de Medianoche hasta el Perito Moreno, desde el Valle de los Reyes hasta el Golden Gate. Por supuesto, por motivos científicos. Aunque en el pecado llevan la penitencia, porque viajar viajan, pero siempre rodeados de otros psiquiatras. ¡Menuda penitencia!

INEFICACIA DEL SISTEMA

Con las plantillas de clínicos que existen y con las demandas ilimitadas que se presentan no hay clínica viable ni psicoterapia posible. Mientras el sistema sanitario público se rija por parámetros del sistema económico privado – basado en cuánto más mejor - no hay nada que hacer. Mientras se prime la cantidad por encima de la calidad y se traslade a la ciudadanía la importancia de las gráficas y de los incrementos (de IQ, de urgencias, de primeras consultas, de revisiones, de población asistida) estaremos atrapados por la lógica de un sistema desbordado que sólo provoca disparates.

Esto atañe incluso al poder legislativo. Recientemente he tenido ocasión de escuchar la crítica que realizaban varios profesionales del Derecho Administrativo, con experiencia en el ámbito local, acerca de los registros alcanzados en la actual legislatura, donde se ha incrementado el número de leyes y batidos todos los records. « Los diputados se ufanan – decían – de que se haya legislado más que nunca, presentando eso como un signo de eficacia parlamentaria. Es precisamente lo contrario. Deberían ser más humildes. Legislar mucho no debe ser motivo de orgullo. Con ello sólo se consigue que haya una maraña legal y surjan leyes in-

teligibles - incluso para los que somos expertos - e inaplicables – incluso para los que son ejecutores -. Al final, la aplicación de la ley depende de la interpretación que haga de ella el funcionario de turno, pudiendo ser una misma y su contraria. Lo que resulta de ello no es otra cosa que inseguridad jurídica y, en el campo local, una vía abierta a la irregularidad urbanística ».

En Salud Mental no deberían publicitarse números sino calidades. ¿Es motivo de satisfacción que un CSM que atiende a una población de 80.000 habitantes, (de la cual hay que deducir los menores de 15 años) tenga abiertas 15.500 historias clínicas? ¿Acaso es un buen índice de salud que un 20% de la población sea diagnosticada de problemas psicológicos?.

Habría que ser valientes y trasladar a la ciudadanía mensajes claros. En primer lugar, que los servicios de urgencias hospitalarios están para atender riesgos vitales. En segundo lugar, que los CSM están para tratar cuadros clínicos psicopatológicos, lo que excluye malestares sociales, laborales o de la pura vida cotidiana. En tercer lugar, que la atención sanitaria es cara y que cualquier consulta con un especialista supone un coste elevado, que debería ser repercutido al paciente (aunque tan sólo fuera en una facturación simbólica impresa). En cuarto lugar, habría que establecer parámetros de calidad asistenciales y permitir a los distintos servicios especializados rechazar con un “No procede” las derivaciones injustificadas. Naturalmente, esto se haría siempre con criterios clínicos fundados.

Para ello sería preciso realizar primero un estudio, por parte de la Administración sanitaria, de la eficacia terapéutica o de la rentabilidad asistencial de las distintas modalidades de intervención, en atención a los siguientes interrogantes:

¿El incremento en la prescripción de anti-depresivos ha producido una disminución proporcional en la población de los cuadros de depresión?

¿Los tratamientos exclusivamente psicofarmacológicos han demostrado mayor índice de curaciones que los exclusivamente psicológicos?

¿Se ha descartado la eficacia de los tratamientos que asocian – según el paciente, el momento y la oportunidad – fármacos y psicoterapia?

¿Se ha verificado, por parte de la Administración, que el gasto sanitario en tiempo / paciente sea mayor que el gasto en fármaco / paciente o en pruebas médicas / paciente?

Con respecto a este último binomio ¿se ha intentado frenar el incremento en pruebas médicas o intervenciones quirúrgicas innecesarias para diagnosticar cuadros que finalmente resultan ser del ámbito psíquico (fibromialgias, somatizaciones, fenómenos psicósomáticos, crisis de ansiedad, psicalgias)?

¿Se ha demostrado que resulte más costoso para el erario público trabajar con tiempo suficiente en una psicoterapia que trabajar con rapidez en la prescripción de fármacos y en la solicitud de pruebas médicas complementarias?

CONCLUSIÓN

Si el Boletín Oficial incluye la psicoterapia entre las prestaciones fundamentales de la atención en salud mental, eso debería tener carácter obligatorio para las diversas administraciones que componen el Estado.

Hasta donde sabemos, las condiciones asistenciales son antitéticas a las condiciones mínimas para llevar a cabo un tratamiento psicoterapéutico. La psicoterapia requiere tiempo – algo más del que se tiene y bastante menos del que se teme – y objetivos a cierto plazo. Esa es su única inversión. En compensación no gasta un céntimo en fármacos, en tecnología, en aparataje, en instrumental. Y no suele producir – salvo negligencias - efectos secundarios. No es tan veloz como la Fórmula 1, paradigma de la alta tecnología, ya que su carrera es de fondo – donde bastan unos playeros y una cinta en el pelo -, pero tampoco tan costosa. Al final del recorrido ambos corredores suelen llegar a su meta después de dar unas cuantas vueltas a un circuito: el atleta sin destrozarse nada; el bólido despilfarrando combustible, neumáticos, ozono y unas cuantas carrocerías. Es una metáfora posible de la distancia (y del rendimiento) que separa la psicoterapia de las técnicas derivadas de las neurociencias.

Pero sin tiempo nada es factible. La dotación correcta que debería hacer una administración para la práctica de la psicoterapia es la de 30 minutos / paciente / semana. Apurando al máximo, 30 minutos / paciente / dos semanas. Por debajo de eso la intervención es inviable. En la actualidad, y desde hace varios años, la proporción real (no la oficial, que, ayudada por la estadística, puede ofrecer cifras paradisiacas) está en 30-15 minutos / paciente / seis – ocho semanas. En estas circunstancias el incumplimiento de lo reflejado en el BOE es evidente.

Esto no significa que todos los pacientes tengan que ser atendidos en psicoterapia reglada, pero tampoco que dicha intervención sea un lujo, sino una necesidad asistencial. El lujo es el incremento progresivo en gasto farmacéutico, en pruebas innecesarias y en retornos y fracasos terapéuticos. ¿Alguien tiene interés en corregirlo?

¿De quién es la responsabilidad?

Dirección para correspondencia:

Francisco Estévez

Psicólogo Clínico

C. S. M. Coto

c/ Arelino González Mallada s/n

33204 Gijón

INFORMES

DECLARACIÓN DE BRASILIA SOBRE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN ALCOHOL

La I Conferencia Panamericana sobre Políticas Públicas en Alcohol, que dio origen a la “Declaración de Brasilia”, fue auspiciada por el Gobierno de Brasil con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud y se celebró los días 28, 29 y 30 de noviembre de 2005.

RESUMEN:

El alcohol es el principal factor de riesgo de enfermedad y muerte en las Américas, ya que ocasiona más de 10% de la carga total de morbilidad en la región. En comparación con el resto de las regiones del planeta, las Américas consumen hasta un 50% más alcohol que sus vecinos mundiales. Así mismo, los altos niveles de problemas por uso del alcohol en las Américas superan consistentemente al promedio en otros continentes, incluida la región europea, con tres países que se destacan y que son los Estados Unidos, Colombia y México.

Ante tal panorama, y en vista de que dichas consecuencias nocivas no se derivan precisamente del alcoholismo, especialistas de 20 países del hemisferio se dieron cita en Brasilia con el fin de celebrar la primera conferencia sobre el tema y analizar resultados de investigaciones recientes y políticas para contrarrestar los daños que causa el abuso del alcohol a la salud pública.

Los participantes de la Primera Conferencia Panamericana sobre Políticas Públicas en Alcohol llevada a cabo en Brasilia, Brasil, del 28 al 30 de Noviembre del 2005:

Alarmados que el alcohol es el principal factor de riesgo de la carga de morbilidad en las Américas y que los daños relacionados con el alcohol no han sido adecuadamente atendidos en la Región.

Recordando y reafirmando la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) 58.26 de la Organización Mundial de la Salud, que urge a los Estados Miembros a que desarrollen, implementen y evalúen las estrategias y los programas efectivos para reducir las consecuencias negativas a la salud y sociales del uso perjudicial del alcohol.

Reconociendo que la evidencia científica ha establecido que el consumo perjudicial y peligroso del alcohol causa muerte prematura, enfermedades y discapacidad.

Preocupados que en muchos países hay un significativo consumo de alcohol no registrado, y que la producción y el consumo de alcohol registrado es alto y en niveles crecientes.

Reconociendo que el daño causado por el alcohol es un problema nacional y regional de la salud pública y social en las Américas, a pesar de las diferencias culturales entre las naciones.

Reconociendo que el alcohol es también causa de muertes violentas, lesiones intencionales y no intencionales, particularmente en los jóvenes.

Notando que el alcohol es también una causa de muerte, discapacidad y daños sociales a personas otras que el bebedor.

Conscientes de los estudios que existen sobre los costos por el uso del alcohol indican que los problemas asociados crean una fuerte carga económica, de salud y social.

Preocupados que el alcohol interactúa con la pobreza produciendo aún mayores consecuencias para los que no tienen acceso a los recursos básicos para la salud y el sustento.

Preocupados que los pueblos indígenas, los migrantes, los niños de la calle y otras poblaciones altamente vulnerables en las Américas sufren desproporcionadamente de las repercusiones negativas del alcohol.

Enfatizando el riesgo del daño debido al consumo de alcohol durante el embarazo.

Reconociendo las amenazas planteadas a la salud pública por el aumento de la disponibilidad y accesibilidad de las bebidas alcohólicas en muchos países en las Américas.

Preocupados de que la publicidad, promoción y patrocinio del alcohol llega a los jóvenes, y están afectando a los esfuerzos para reducir y prevenir el uso del alcohol en los menores de edad.

Conscientes de la existencia de evidencias irrefutables acerca de la efectividad de estrategias y medidas tendientes a reducir el consumo de alcohol y daños relacionados.

Reconociendo que los abordajes relacionados con el consumo nocivo del alcohol deben incluir diferentes modelos y estrategias para la reducción de daños sociales y a la salud.

Reconociendo que la cooperación internacional y la participación de todos los países de la región es necesaria para reducir las consecuencias negativas a la salud y sociales del consumo de alcohol.

Recomendamos que:

La prevención y reducción de los daños relacionados con el consumo de alcohol sean considerados una prioridad para la acción en la salud pública en todos los países de las Américas.

Las estrategias regionales y nacionales sean desarrolladas incorporando enfoques basados en evidencias culturalmente apropiadas para reducir el daño relacionado con el consumo de alcohol.

Estas estrategias deben apoyarse en mejores sistemas de información y en estudios científicos adicionales sobre el impacto del alcohol y de los efectos de las políticas en los contextos nacionales y culturales de los países de las Américas.

Se establezca una red regional de contrapartes nacionales, nominada por los Estados Miembros de las Américas, con la cooperación técnica y el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, para trabajar en la reducción del consumo de alcohol y de los daños relacionados.

Las políticas de alcohol cuya efectividad han sido comprobadas por la investigación científica sean implementadas y evaluadas en todos los países de las Américas.

Las áreas prioritarias de acción necesitan incluir: las ocasiones de consumo excesivo, el consumo de alcohol en la población general, las mujeres (incluyendo las mujeres embarazadas), los indígenas, los jóvenes, otros grupos vulnerables, la violencia, las lesiones intencionales y no intencionales, el consumo por menores de edad y los trastornos por el uso del alcohol.

Para más información contacte a:

Maristela G. Monteiro

Asesora Regional sobre Alcohol y Abuso de Substancias

Organización Pan-Americana de la Salud

E-mail: monteirm@paho.org

525 23rd St NW

Washington DC, 20037 USA

Tel: 1 202 974 3108

Fax: 1 202 974 3640

O visite la página web de la Organización Panamericana de la Salud.

Fuente:

Entregado a La Iniciativa de Comunicación por Janis Dawson, de la Organización Panamericana de la Salud.

En La Iniciativa de Comunicación desde julio 25 2006.

Actualizado en julio 25 2006.

RESEÑAS

Modelos de locura

Read J., Mosher L., Bentall RP Ed.

Herder.Barcelona.2006

El libro *Modelos de locura* en una primera impresión podría ser catalogado de políticamente incorrecto. Es chocante e impactante el criticismo que hacen los autores en la primera parte del libro del modelo de enfermedad de la esquizofrenia. Tiran por tierra con contundencia y rigurosidad los planteamientos de consenso del modelo médico. Argumentan como históricamente se ha ido construyendo de manera sesgada la noción de esquizofrenia como enfermedad. Para ello aportan pruebas de las incongruencias metodológicas que sustentan el diagnóstico de esquizofrenia, enfatizando la poca fiabilidad y validez del constructo. Y por supuesto, también se atreven de manera contundente con la industria farmacéutica y con las políticas de corte económico que gestionan la salud mental, a quienes cargan con la responsabilidad de la estigmatización social de la esquizofrenia, de la preeminencia de los tratamientos biológicos como único medio de curación y del poco desarrollo de otras alternativas psicoterapéuticas.

En la segunda parte más sosegada y didáctica, del capítulo 11 al 17, van desgranando el papel de otras variables psicológicas y sociales, olvidadas, y que pueden ayudar a comprender la etiología y el desarrollo de la psicosis. De entre las psicológicas destacamos, el papel de los estudios de los significados de la experiencia psicótica como un elemento clave para el tratamiento idiosincrásico de las personas con psicosis (Capítulo 12, Geekie), el desarrollo del paradigma cognitivo del estudio de las alucinaciones y delirios (Capítulo 14, Bentall) y no hay que obviar, la guía que proporciona para la investigación futura las preguntas sin respuesta que surgen del análisis de los estudios de trauma infantil, pérdida y estrés (Capítulo 16 de Read, Goodman, Morrison, Ross y Aderhold). De entre los factores sociales, destacamos dos capítulos, el que versa sobre el papel de la pobreza, etnicidad y el género en la comprensión de la psicosis (Capítulo 13 de Read) y la necesidad de ir más allá del estudio de la emoción expresada, el estilo afectivo y la desviación comunicacional en el estudio de las familias y centrarse en ayudarles a comprender lo qué ha pasado en su caso particular (Capítulo 17 de Read, Seymour y Mosher)

En la tercera parte, recuperan el estilo científico centrándose en las intervenciones psicológicas y sociales basadas en la evidencia, del capítulo 18 al 24, y que en la actualidad están en boga. En esta desgranar las posibilidades de desarrollar intervenciones de prevención de la psicosis, explican las nuevas estrategias de intervención en las fases tempranas de la enfermedad con la creación de servicios de detección precoz, y exploran las experiencias de hacer frente al tratamiento del primer brote psicótico sin necesidad de hospitalización. Y por último, resumen brevemente el soporte empírico de las terapias psicológicas (cognitivo-conductuales, psicodinámicas y sistémicas) que han dado resultados óptimos en el tratamiento de la psicosis en sus distintas fases y modalidades de intervención.

En resumen, es un libro de lectura que estimula el debate de cuáles son los modelos plausibles de comprensión de la psicosis. Su lectura implica una reflexión acerca del camino a seguir en el nuevo paradigma de estudio y tratamiento de la psicosis. Todo ello supone un reto de transformación del modelo bio-psico-social de comprensión de las enfermedades mentales. Probablemente, se debe superar el reduccionismo biológico y ser capaces de integrar las aportaciones psicológicas y sociales, reequilibrando la balanza, objetivo de los editores del libro.

*Jordi Cid Colom
Psicólogo Clínico
Girona (España)*

Conciencia, libertad y alienación

Fabricio de Potestad y Ana Isabel Zuazu

Biblioteca de Psicología Desclée de Brouwer. Bilbao. 2007

(Reseña realizada por uno de los autores)

En un mundo globalizado e injusto que ha producido inmensas fortunas y dramáticas desigualdades, y en el que no hay una razón suficiente que garantice finalmente una sociedad de bienes satisfechos, sino que la historia tendrá el final que nosotros queramos darle. En una sociedad en la que el rico vive de su abundancia mientras el pobre come de su hambre, abandonado a su suerte, sin sentido ni finalidad e indefectiblemente libre, el ser humano se percibe como un ser contingente, frágil y finito. Está ahí simplemente, sin razón alguna ni propósito determinado, obligado permanentemente a elegir entre múltiples opciones, pero sin apelación posible, pues nada inteligible hay escrito en la naturaleza ni en el cielo que guíen su vida. No hay determinismo biológico, histórico, ni teológico que orienten sus decisiones. Ni siquiera el inconsciente freudiano supone una interferencia en el libre albedrío, pues no es nada más que un mito. Toda afirmación que parte de un hecho no percibido por la conciencia, esto es, de un supuesto suceso que no tiene manifestación fenoménica en la cual apoyar la observación, es una creencia, por lo que no puede confirmarse. Este es el primer obstáculo con el que se encuentra el inconsciente. Al no poder ser percibido por la conciencia, dada su naturaleza oculta, no existe forma inductiva de llegar a él, ni deducción posible, pues enseguida la lógica tropieza con contradicciones insuperables. El inconsciente, evidentemente, no es ni una cosa ni un hecho que pueda manifestarse a la conciencia, luego su existencia es más que dudosa.

En un mundo de objetos inertes, irrumpe su semejante, una realidad, igualmente libre, que no se deja someter. Se ve así inmerso en un inevitable conflicto de libertades y frente a su trágico e inevitable final, la muerte. Sólo tiene dos opciones: asumir su condición ontológica y vivir esa pasión inútil que es la existencia o engañarse. Varias son las formas mediante las cuales el ser humano se enajena con objeto de eludir la libertad amenazadora de sus semejantes y maquillar su fatal desenlace. El fóbico camina de puntillas para no provocar la ira de sus semejantes, el histérico se viste con sus mejores máscaras para seducir a su prójimo y evitar los zarpazos de su libertad, el obsesivo trata de controlar, mediante rituales de carácter supersti-

cioso, las supuestamente aviesas intenciones de sus allegados, el alcohólico y el toxicómano adormecen sus sentidos, el depresivo renuncia a su ser y el creyente se aferra a un más allá desiderativo, tan irracional como improbable. Todos, en fin, miran de perfil ante el infortunio y la enfermedad que anticipan la muerte.

¿Hay esperanza? De eso trata el último capítulo. En él se apunta un itinerario, más allá de la técnica, para lograr el ajuste ontológico necesario, que posibilite una existencia firme, auténtica, libre y orientada a la superación de la alienación.

(El prologo del libro ha sido realizado por :Luis Yllá, catedrático de Psiquiatría (Universidad País Vasco) Emilio Garrido, catedrático Psicología Aplicada (Universidad Pública de Navarra) Juan José Lizarbe (Parlamentario Foral de Navarra).

*Fabricio de Potestad Menendez
Psiquiatra
Pamplona (España)*

Manual de la urgencia psiquiátrica en atención primaria.

*Coordinadores: Sergio Ocio León y Mario Javier Hernández González
TCC-Trébol Comunicación y Creación, S.A.Madrid.2007*

Diversos profesionales, la mayoría pertenecientes al área VII de Mieres (Asturias), recopilaron en el “Manual de la Urgencia Psiquiátrica en Atención Primaria” diecinueve capítulos para el abordaje de la Urgencia Psiquiátrica.

La idea surge de la elaboración de seminarios dirigidos a Médicos de Atención Primaria dentro del Programa de Formación Específica de Salud del Instituto Asturiano de Administración Pública “Adolfo Posada”.

Los autores , todos dedicados al ámbito asistencial publico desde distintas disciplinas (medicina de familia, de urgencias, cardiología, psiquiatría, psicología clínica, etc) posen un largo bagaje de experiencia clínica y formativa.

El incremento de la asistencia psiquiátrica desde los Servicios de Urgencias es algo conocido y comentado entre los profesionales y también es importante destacar el papel de atención primaria en este hecho sirviendo no sólo de filtro, sino también como profesionales que nos pueden informar verídicamente de lo ocurrido, pudiendo manejar y orientar la situación planteada.

Este libro reflexiona sobre la importancia que tiene el médico de atención primaria para la realización de una asistencia psiquiátrica eficaz, siendo la primera línea de batalla que resulta básica en el correcto abordaje de la situación y que la clave del éxito en Salud Mental es la co-

ordinación interprofesional. Se tratan desde cuestiones generales de conceptos básicos, a los grandes síndromes como aspectos legales y farmacológicos.

Este Manual consta de 5 bloques:

Conceptos básicos: Pautas básicas de la atención a un paciente susceptible de atención psiquiátrica y directrices para su manejo.

La atención urgente y el trabajo comunitario
 Conceptos generales y objetivos de la evaluación.
 Historia clínica psiquiátrica y exploraciones complementarias.
 Criterios de derivación o interconsulta psiquiátrica.

Los Grandes Síndromes Psiquiátricos: se analizan las causas, los signos y síntomas de la patología comentada y su manejo inicial.

Manejo del paciente psicótico.
 Manejo del paciente confusional.
 Manejo del paciente con agitación psicomotriz.
 Manejo del paciente suicida.
 Urgencias en toxicomanía.
 Urgencias en otros trastornos psiquiátricos: trastornos afectivos, ansiedad, somatizaciones.
 Urgencias en niños y adolescentes.

Abordaje de la Urgencia en Grupos Específicos de Población: pautas para el manejo del paciente atendiendo a circunstancias psicocociales contrarias.

Urgencias psiquiátricas en emigrantes y refugiados.
 Abordaje de la crisis psicosocial.
 La atención al duelo en la urgencia de atención primaria.
 Urgencias Psiquiátricas relacionadas con la maternidad.

Manejo Farmacológico en la Urgencia: Somero repaso de la farmacología del Sistema Nervioso Central.

Uso de los psicofármacos, manejo práctico.
 Alteraciones psicopatológicas en tratamientos no psiquiátricos.

Aspectos legales:

Aspectos éticos y legales relacionados con la urgencia psiquiátrica.
 Protocolos en atención primaria de salud construyendo equipos terapéuticos.

Una de las principales bondades que tiene este manual es que ha sido redactado desde la multidisciplinaridad permitiendo establecer una valoración objetiva del abordaje del paciente que

precisa atención psiquiátrica y convergiendo en una clara idea: la psiquiatría no puede ser una isla en medio del océano sino que se deben tender puentes interdisciplinarios para un correcto manejo de la situación asistencial psiquiátrica.

*Covadonga Huergo Lora
MIR de Psiquiatría
Mieres-Asturias (España)*

Rehabilitación Psicosocial

Publicación oficial de la federación española de asociaciones de rehabilitación psicosocial (fearp)

www.fearp.org

www.doyma.es/rehabilitaciónpsicosocial

ISSN: 1696-9936

La Revista de Rehabilitación Psicosocial nace en el contexto de una iniciativa asociativa novedosa en el estado español, la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial. La Federación nació en el año 2001 con la vocación de contribuir, desde una perspectiva multiprofesional, a que las oportunidades de tratamiento y los servicios dedicados a mejorar la vida de las personas con enfermedades mentales graves y crónicas, alcancen el nivel de disponibilidad y calidad que nuestros ciudadanos merecen, y se equiparen con las mejores del mundo. La propia creación de la Federación coincide en dicho momento con el auge de esta disciplina, la consolidación de movimientos asociativos profesionales relacionados con la misma y ya con largas trayectorias previas (como la Asociación Madrileña de Rehabilitación o la catalana ARAPDIS-Asociación para la rehabilitación de personas disminuidas en su capacidad de integración sociolaboral), y la creación de nuevas asociaciones autonómicas que se unen a esta iniciativa.

Desde entonces, la Asociación ha cubierto muchos objetivos en pocos años; su integración y actividad en el contexto de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR), la organización de un primer Congreso Nacional y Regional Europeo WARP en 2005, y la preparación de un II Congreso Nacional y Regional Europeo para Junio de 2008, la colaboración con entidades oficiales (con la elaboración de documentos técnicos relacionados con la rehabilitación en colaboración con el IMSERSO), con otras asociaciones científicas (como la AEN, especialmente en el Observatorio de Salud Mental), la organización de jornadas y congresos locales, etc., han supuesto una importante actividad y un impulso indudable al desarrollo de esta disciplina, y de este modelo asistencial en nuestro país.

Y entre los proyectos iniciales, uno muy especial: la idea, inicialmente recibida por algunos de nosotros con cierto escepticismo, de editar y mantener una revista específica sobre Rehabilitación Psicosocial. Idea impulsada con entusiasmo y decisión por sus actuales directores, Martín Vargas y Ramón Blasi, en un contexto en el que los costes de edición, las dificultades para obtener originales, el improbable trabajo necesario para coordinar la edición y distribu-

ción de cada nuevo número, parecían barreras insalvables. Pues bien, tras tres años y medio interrumpidos de publicación semestral, la revista de Rehabilitación Psicosocial es ya un referente en esta disciplina no solo en el estado, sino en otros países de habla hispana. En los seis números editados hasta el momento, la revista ha contado con colaboraciones de personas representativas no sólo del ámbito estatal, sino internacional, como el propio Robert P Liberman o Ángelo Barbato, y abordado temas muy diversos, incluyendo un número monográfico dedicado a los programas de inserción residencial para personas con enfermedad mental grave.

La revista de Rehabilitación Psicosocial se distribuye de forma gratuita (gracias al patrocinio de Astra Zeneca y a la labor de distribución de ARAPDIS) a todos los socios de las asociaciones autonómicas adheridas a la federación. Se distribuye asimismo de forma gratuita a diversas bibliotecas del estado y de Hispanoamérica. La revista se encuentra accesible, de forma gratuita (previo registro), en la Web de DOYMA.

*Jose Juan Uriarte
Psiquiatra
Zamudio (Vizcaya-España)*

REUNIONES CIENTIFICAS

- **13 - 17 Octubre 2007 20 Viena Austria**
European College of Neuropsychopharmacology.
ECNP Congress www.ecnp.eu
(XXI ECNP Congress 30 Agosto 3 Septiembre 2008, Barcelona)
- **“Beyond Neuropsychiatric Diagnostics: Symptoms not disorders”**
Internacional Meeting.
17 - 21 de Octubre del 2007.
Mazagón (Huelva).
F. Cerebro y mente. Serv. de Psiq. del H. Universitario 12 de Octubre.
www.cermente.com
- **XX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del Adolescente: Entre el pensamiento y la Acción: Abordaje terapeutico de los Trastornos de la conducta en el Niño y el Adolescente.**
25 - 27 Octubre 2007
Badajoz.
www.seypna.com
- **II Symposium Internacional en Terapéutica Psiquiátrica.**
Noviembre 2007.
Barcelona.
www.grupogeyseseco.com/terapeutica.htm
- **“Identity and Harmonization of European Psychiatry” Association of European Psychiatrists** 17-18 de Noviembre de 2007
Hotel Silken Berlaymont 11-19, Boulevard Charlemagne Brussels, Belgium.
aepmeeting@ruderfinn.fr
- **X Jornadas de Rehabilitación del Hospital de Zamudio.**
Palacio Euskalduna 22 y 23 Noviembre.
Bilbao.
- **World Psychiatric Association International Congress 2007.**
28 Noviembre - 2 Diciembre del 2007.
Melbourne (Australia).
www.wpa2007melbourne.com
- **VII Internacional Forum on Mood and Anxiety Disorders.**
5 - 7 Diciembre 2007.
Budapest.
www.aim-internationalgroup.com

- **XII Curso anual de Esquizofrenia. “Psicosis y relaciones terapéuticas”**
22 a 24 de Noviembre de 2007.
Madrid.
F. para la investigación y el tratamiento de la Esquizofrenia y otras psicosis.
www.cursoesquizofreniamadrid.com
- **10 European Conference Mental Health and Social Exclusion.**
“Severity of poverty and stigma of mental illness. From resignation to challenge...”
23 - 25 Enero 2008.
Roma.
www.smes-europa.org
- **XXII Jornadas estatales de la AEN, “Innovar, integrar, cuestionar en salud mental”.**
22 - 24 de Mayo de 2008.
Gerona.
www.asoc-aen.es
- **XXV Congreso de la Asociación Psiquiátrica de América Latina**
“La Salud Mental de Nuestros Pueblos: Prioridad Absoluta”
Isla Margarita, Venezuela, del 19 al 22 de Noviembre de 2008.
secretaria@apal2008.or
gwww.apal2008.org
- **XXV Congreso mundial de prevención del suicidio**
27 - 31 Octubre 2009
Montevideo-Uruguay.
www.iasp.info
- **Nueva web ADS.**
ADS estrena espacio en internet, con nueva estética y contenidos sobre Derecho y Gestión Sanitaria.
Visite www.actualderechosanitario.com

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**

Vol. 1, número 1, 2001



ADICCIONES

Pedro Marina González
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**

Vol. 1, número 2, 2001



ÉTICA Y LEY

Victor Aparicio Basauri
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**

Vol. 2, número 1, 2002



**COOPERACIÓN
INTERNACIONAL EN SALUD
MENTAL**

José Figueira Lois
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**

Vol. 2, número 2, 2002



**HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA
EN ESPAÑA**

Victor Aparicio Basauri
Juan José Martínez Jaramba
(Compiladores)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**

Vol. 3, número 1, 2003



**ANTROPOLOGÍA Y SALUD
MENTAL**

José Figueira Lois
Ignacio López Fernández
(Compiladores)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**

Vol. 3, número 2, 2003



**SALUD MENTAL Y
POBLACIÓN SIN HOGAR**

Mónica Tronchoni Ramos
Victor Aparicio Basauri
(Compiladores)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**

Vol. 4, número 1, 2004



SOBRE VIOLENCIAS

Andrés Cabero Álvarez
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**

Vol. 4, número 2, 2004



**LA ESQUIZOFRENIA:
DÉFICITS Y TRATAMIENTO**

Berta Moreno Küstner
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**

Vol. 5, número 1, 2005



**SALUD MENTAL Y MEDICINA
BASADA EN LA EVIDENCIA**

César Luis Sanz de la Garza
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**

Vol. 5, número 2, 2005



ESTADOS LÍMITE

Pedro Marina González
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**

Vol. 6, número 1, 2006



**TRATAMIENTO AMBULATORIO
INVOLUNTARIO**

Ana Esther Sánchez Gutiérrez
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**

Vol. 6, número 2, 2006



CLÍNICA DE LA HISTERIA

Tiburcio Angosto Saura
(Compilador)

NORTE DE SALUD MENTAL

SUMARIO

Volumen VI nº 25 (Mayo 2006)

PRESENTACIÓN

¿Qué Modelo deseamos en la atención a la salud mental?. *Iñaki Markez* 6

ORIGINALES Y REVISIONES

Enfermería centrada en los significados del paciente: La importancia de la filosofía para enfermería. *Clara Valverde* 8

Elementos para combatir la discriminación de las personas con enfermedad mental. *Graham Thornicroft* 16

Estudio de la ansiedad del personal sanitario durante su formación académica. *Iñigo Cearra; Jon Ander Atucha* 23

PARA LA REFLEXIÓN

Primacía del deseo, servidumbre de la razón. *Fabricio de Potestad y Ana Isabel Zuazu* 29

La asistencia Psiquiátrica en el contexto de la Bioética. *Fernando Santander* 41

Adolescencia e hipermodernidad. *Manuel Fernández Blanco* 47

La psiquiatrización del mal. *Guillermo Rendueles* 57

Osakidetza, nora zoaz?. *Ander Retolaza* 59

FORMACIÓN CONTINUADA

Discinesia respiratoria: revisión y caso clínico
Pablo Malo, Esther Fernández, Enrique Arangües, María Etxebeste y Luis Pacheco 63

Protocolo de actuación enfermera con adolescentes con alteración de conducta
Susana Marqués,, Lourdes Barrasa, Mila Amundarain, Mercedes Landa 69

HISTORIA

Hace 30 años en la psiquiatría vizcaína. *Oscar Martínez Azumendi* 75

A la búsqueda de reconocimiento. *Llum Quiñonero* 79

ACTUALIZACIONES

Juan Medrano, Pere Mir, Iñaki Markez, Oscar Martínez Azumendi

Psiquiatría para el no iniciado. *Rafa Euba* 85

Introducción a la psicoterapia grupoanalítica. *S.H. Foulkes* 86

Conciencia, libertad y alineación. *Fabricio Potestad y Ana Isabel Zuazu* 87

Atención Primaria de la Patología Psiquiátrica Dual en Prisión. *GSMP* 88

El museo vasco de historia de la medicina y la ciencia
"José Luis Goti" celebra su 25º aniversario. 85

AGENDA

Próximas citas 93

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA COMUNITARIA

SUMARIO

Volumen 6 - nº 2 - 2006

PRESENTACIÓN	109
ARTÍCULOS ORIGINALES	
Elogio de la histeria	
<i>J.M. Alvarez</i>	111
Briquet y su síndrome	
<i>J. Garrabé</i>	125
Histeria masculina.	
<i>T. Angosto</i>	137
Histeria y Disociación	
<i>A. Rojo</i>	149
Neurología de la histeria.	
<i>E. García-Albea</i>	165
INFORMES	
<i>Estrategia en Salud Mental para el Sistema Nacional de Salud</i>	203
IN MEMORIAM	207
RESEÑAS	211
REUNIONES CIENTÍFICAS	223
NORMAS DE PUBLICACIÓN	229

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria abordará con carácter monográfico diversos temas de psiquiatría y de disciplinas afines que sean relevantes para aquélla con la colaboración de reconocidos profesionales en dichas materias.

REQUISITOS DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos constarán de las siguientes partes, cada una de las cuales se iniciará en una página independiente:

1. Primera página, que incluirá por orden, los siguientes datos: título del artículo (en español e inglés); nombre y apellido(s) de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria.

2. Resumen, de extensión no inferior a 150 palabras ni superior a 250. En los trabajos originales se recomienda presentarlo en forma estructurada (introducción, métodos, resultados y conclusiones). Irá seguido de 3 a 10 palabras clave seleccionadas preferentemente entre las que figuran en el Medical Subject Headings del Índice Medicus. Tanto el resumen como las palabras clave se presentarán en castellano e inglés.

3. Texto, que en los trabajos de investigación conviene que vaya dividido claramente en apartados según el siguiente esquema:

3. 1. Introducción: explicación breve cuyo objetivo es proporcionar al lector la información imprescindible para comprender el texto que sigue.

3. 2. Sujetos (pacientes, material) y métodos: se especificará el(los) lugar(es) donde se ha realizado el estudio, las características del diseño (duración, criterios de inclusión y exclusión, etc.), las pruebas utilizadas (con una explicación que permita su replicación) y los métodos estadísticos empleados, descritos con detalle.

3. 4. Resultados: descripción de las observaciones efectuadas, complementada por tablas o figuras en número no superior a seis en los originales y a dos en las comunicaciones breves.

3. 4. Discusión: exposición de la opinión de los autores sobre el tema desarrollado, destacando la validez de los resultados, su relación con publicaciones similares, su aplicación práctica y las posibles indicaciones para futuras investigaciones.

4. Agradecimientos: en los casos en que se estime necesario se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

5. Referencias bibliográficas (normas Vancouver): se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado. No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una «comunicación personal». Los artículos aceptados para publicación podrán citarse colocando la expresión «(en prensa)» tras el nombre de la publicación. En caso de ser varios autores, se indicarán todos ellos hasta un número de seis y si se supera este número, se añadirá et al., poniendo el(los) apellido(s) seguido de la(s) inicial(es) sin otro signo de puntuación que una coma separando cada autor y un punto final, antes de pasar al título.

6. Tablas y figuras: presentarán en hoja aparte, numeradas consecutivamente según su orden de referencia en el texto en cifras arábigas (tabla x, figura x), con el título y una explicación al pie de cualquier abreviatura que se utilice. Se incluirá una sola tabla o figura por hoja.

PROCESO DE EDICIÓN

El autor remitirá una copia de la versión definitiva en un disquete de 3,5" (versión compatible IBM o Macintosh) acompañado de una copia en papel mecanografiado a doble espacio en hojas DIN A4 (210 x 297 mm) numeradas correlativamente. Los manuscritos se remitirán a Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria (Carretera de Rubín, s/n, Oviedo 33011). El Comité de Redacción se reserva el derecho de realizar las modificaciones de estilo que estime pertinentes en los trabajos aceptados para publicación.

Para una información más detallada, consulten «Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicaciones en revistas bio-médicas». Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61 (3): 239-56 y Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.

ASOCIACIÓN ASTURIANA DE NEUROPSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

Profesionales de Salud Mental (Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría)

La Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental fue fundada en 1987 y está formada por Profesionales de Salud Mental que trabajan en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias. La Asociación forma parte de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Entre sus actividades destacan:

- Desarrollo de actividades docentes a través de “**La Escuela de Salud Mental de la A.E.N.**” (Delegación de Asturias). Anualmente se celebra un “Curso de Psiquiatría y Salud Mental”.
- Publicación de un **Boletín Informativo** de carácter trimestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Publicación de la revista monográfica “**Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria**” de periodicidad semestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Programa de formación continuada a través de la convocatoria de **Bolsas de Viaje “Carmen Fernández Rojero”** para estancias de formación en Servicios de Salud Mental nacionales y extranjeros.
- **Premio “Julia Menendez de LLano”** al mejor poster presentado en las **Jornadas Asturianas de Salud Mental**.
- Actos con motivo del “**Día Mundial de la Salud Mental**” que se celebra el 10 de octubre de cada año.
- **Foros, Debates y Conferencias** sobre temas de actualidad profesional y científica.

Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental
Carretera de Rubín, S/N
33011 Oviedo

aenasturias@hotmail.com
www.aen.es

**SOLICITUD DE INGRESO EN LA
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
(Y en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental)**

Nombre 1º Apellido
..... 2º Apellido
profesional de la Salud Mental, con título de
que desempeña en (centro de trabajo)
y con domicilio en c/
Población..... D. P..... Provincia.....
Tel..... e-mail.....

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental, para lo cual es propuesto por los miembros:

D.

D.

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha / /

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción de la Revista de la A.E.N y de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria está incluida en la cuota de asociado.

Nombre 1º Apellido
..... 2º Apellido
Dirección
BANCO/CAJA DE AHORROS

Muy Sres. míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la suscripción anual a la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Firma