

BOLETÍN INFORMATIVO

13ª Ed. Ene – Abr 2020



ÍNDICE

1. El Consejo General de la Psicología de España y la División de Psicoterapia (dPsiT) recomiendan	– 3 –
1.1. El COP y el Ministerio de Sanidad ponen en marcha un servicio de atención psicológica por teléfono para afectados por el COVID-19	– 3 –
1.2. Cómo elegir a un/a psicólogo/a on-line cualificado/a	– 5 –
1.3. Acciones para la detección de pseudoterapeutas	– 7 –
2. Perspectivas en Psicoterapia	– 7 –
3. Noticias de interés psicoterapéutico	– 13 –
3.1. Evidencias sobre la importancia de la presencia de psicólogos en Atención Primaria	– 13 –
3.2. Recomendaciones psicológicas para aplicar durante la cuarentena	– 17 –
4. Reseñas de psicoterapia recomendables	– 19 –
5. Un vistazo a la actualidad	– 22 –
5.1. El enfoque transdiagnóstico en la terapia psicológica	– 22 –
5.2. La pericia y la práctica deliberada en la formación de psicólogos	– 25 –
6. Certificación EuroPsy: Especialista en Psicoterapia	– 28 –
7. Buzón de sugerencias	– 29 –

1. El Consejo General de la Psicología de España y la División de Psicoterapia (dPsiT) recomiendan:

1.1. EL COP Y EL MINISTERIO DE SANIDAD PONEN EN MARCHA UN SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA POR TELÉFONO PARA AFECTADOS POR EL COVID-19

El Consejo General de la Psicología junto con el Ministerio de Sanidad, han puesto en marcha un servicio telefónico de primera atención psicológica proporcionará una primera atención psicológica, a nivel nacional, para población general con dificultades relacionadas con la alerta y la cuarentena por Covid-19, familiares de fallecidos o enfermos y profesionales sanitarios y otros intervinientes. El servicio estará dirigido por un equipo de expertos liderados por Dña. María Paz García Vera, y cuenta con 45 psicólogos y psicólogas con experiencia en situaciones de emergencias y desastres. Funcionará con un horario ininterrumpido, de lunes a domingo, de 9:00 a 20:00.

Tanto el Ministerio de Sanidad como el COP consideran vital la existencia de un servicio de atención psicológica, a nivel nacional, y conformado por profesionales que puedan ayudar a la población a afrontar la incertidumbre, estrés y malestar generados por una crisis tan grave como la del COVID-19.

Como señalan los expertos, al estrés normal derivado de una situación de crisis grave y atípica, se unen, en el caso del Covid-19, **tres particularidades que pueden agravar cualquier tipo de sintomatología o malestar** en las personas:

- La dificultad para las **familias y amigos** de **atravesar la enfermedad**, proceso de hospitalización y, en muchos casos, muerte de un ser querido sin posibilidad de contacto y apoyo directo de sus círculos sociales.
- La necesidad de **confinamiento de la población general**, sin tener clara, además, una fecha concreta de finalización de la situación, que incluye a aquellos trabajadores que se ven obligados a acudir a sus puestos de trabajo.
- La especial incertidumbre y ansiedad de aquellas **personas** que, además, **trabajan en primera línea de exposición al virus**, como son los trabajadores sanitarios, los miembros de los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado y emergencias y el personal de las administraciones.

Aunque un cierto nivel de ansiedad es necesario para que las personas cumplan con las medidas de seguridad establecidas en el estado de alarma, es también una realidad que, si la ansiedad es excesiva, puede generar mucho malestar y, lo que es más grave y peligroso, hacer que las personas, superadas por esa ansiedad, incumplan los procedimientos y recomendaciones de seguridad, debido a que se ven desbordadas por esa sensación o a que, al sentir el miedo, pueden negar la realidad.



Este hecho se ve agravado porque muchos de los recursos que la gente utiliza habitualmente, como son **las consultas privadas de Psicología o los servicios de atención a salud mental tienen actualmente un acceso más difícil**, lo que incrementa la necesidad de recibir otros servicios alternativos de atención telefónica.

A esto debemos sumar que no es posible prever el número de fallecimientos, casos graves y contagios que puedan producirse, pero sí está claro que el pico de incidencia que pueda experimentarse en las próximas semanas podría agravar muchas de estas experiencias de malestar en la población general, en los intervinientes y especialmente en los familiares de enfermos y fallecidos.

Esta situación hace, por tanto, necesario **proponer medidas y cauces que permitan ofrecer una atención psicológica** para afrontar ese posible estrés y malestar y mejorar el afrontamiento de la crisis y, una de estas medidas, es la creación del Servicio telefónico de primera atención.

¿Cómo contactar?

- **Población general con dificultades relacionadas con la alerta y la cuarentena por Coronavirus:** 91 700 79 88
- **Familiares de personas enfermas/fallecidas por el coronavirus:** 91 700 79 89
- **Sanitarios y otros intervinientes que precisen de apoyo como consecuencia de su intervención directa en la crisis del coronavirus (fuerzas y cuerpos de seguridad, policía local...):** 91 700 79 90

1.2. CÓMO ELEGIR UN/A PSICÓLOGO/A ON-LINE CUALIFICADO/A

Teniendo en cuenta la circunstancia actual que estamos viviendo, y el incremento de psicólogos/as o terapeutas ofreciéndose a través de las redes sociales, desde la División de Psicoterapia del Consejo General de la Psicología y la Comisión del Ejercicio Privado Defensa de la Profesión y el Intrusismo Profesional, deseamos transmitir a los ciudadanos una información adecuada que les permita asegurarse de que el profesional que seleccionen y les atienda, en la modalidad online, cumpla con los requisitos éticos y profesionales requeridos para el ejercicio de la profesión de psicólogo.

Siempre será preferible que el/la profesional que atienda on-line haya visto a su cliente/paciente previamente en la consulta, pero entendemos que eso no siempre será posible. En caso de tener un primer contacto telemático recomendamos:

1. Asegurarse de que es un profesional de la Psicología, habilitado para ejercer la profesión sanitaria. Para ello podemos pedirle su número de colegiación, que puede comprobarse en la página web del Colegio Profesional de Psicólogos de la Comunidad Autónoma a la que pertenezca.
2. Comprobar que su lugar de consulta es un centro sanitario acreditado por la Consejería de Sanidad de su Comunidad Autónoma.
El profesional puede mostrar el permiso de habilitación de centro sanitario.
3. Infórmese del tipo de enfoque que practica el/la psicólogo/a. En el ejercicio de la psicoterapia existen diversos modelos psicoterapéuticos, algunos enfoques no tienen la suficiente evidencia y han sido catalogados por el Ministerio de Sanidad como pseudoterapias en su Plan de protección frente a la Salud frente a las Pseudociencias). <https://www.conprueba.es/pdfs/informe-exploratorio.pdf> Conviene que el enfoque disponga de pruebas científicas que acrediten su efectividad.
4. Conviene que el/la profesional comunique al paciente que la plataforma con la que trabaja cumple con los requisitos legales, como son la certificación de Seguridad Informática, y la certificación de la ley Orgánica de Protección de datos y Garantía de Derechos Digitales, LOPDGDD, de 6.
5. Obtener garantías de que durante la aplicación del tratamiento existirá una evaluación continua del mismo, una formulación del problema adaptado a las características del cliente y, eventualmente, una indicación del tratamiento a seguir, obedeciendo a criterios diagnósticos formales, y con procedimientos adaptados.

6. El/la paciente debe sentirse con la confianza y seguridad con su psicólogo/a como para preguntar cualquier duda que pueda tener respecto al tipo de intervención.
7. Los/as profesionales de la Psicología, cuentan con un Código Deontológico de conductas al que deben atenerse y cumplir en el desarrollo de su profesión, entre las más importantes, el de la confidencialidad entre ellos y sus pacientes.
8. De acuerdo a la RGPD, aunque el tratamiento de psicoterapia sea online, el/la paciente y el /la terapeuta debe cumplimentar un documento del cumplimiento de la Protección de Datos.
9. Informarse que sean expertos y con formación en psicoterapia.

Este comunicado es suscrito y firmado por la División de Psicoterapia del Consejo General de la Psicología de España y por su Comisión del Ejercicio Privado de la Profesión.

1.3. ACCIONES PARA LA DETECCIÓN DE PSEUDOTERAPEUTAS Y FALSOS PSICÓLOGOS/AS

1. La información no puede ser engañosa. Está recogido en nuestro Código Deontológico que la información o publicidad sobre el servicio, sea través de una página web o redes sociales, debe ser verídica y fiable y no debe confundir al usuario.
2. Que no posea un título oficial. En caso de no disponer de la titulación, licencia y acreditación correspondiente para el desarrollo de la profesión debe ser conocedor de las posibles sanciones o consecuencias legales que ello pueda implicar.
3. Que no cumpla con el Código Deontológico. El incumplimiento de la ética profesional puede conllevar sanciones como la inhabilitación o sanciones económicas establecidas por las Comisión Deontológica, así como penas establecidas por la ley.
4. Conocer la ley que define el intrusismo profesional. El “Plan de Protección de la Salud frente a Pseudociencias el Ministerio de Sanidad” ha publicado varias terapias no válidas para su uso a nivel sanitario, y conviene que se conozcan.
5. En caso de detectarse una práctica profesional inadecuada, ponerla en conocimiento de la Organización Colegial.
6. Indicar procedimiento concreto: mail, web, comunicándolo al Consejo General de la Psicología o al correspondiente Colegio de la Psicología de su Comunidad Autónoma.

Este comunicado es suscrito y firmado por la División de Psicoterapia del Consejo General de la Psicología de España y por su Comisión del Ejercicio Privado de la Profesión.

2. Perspectivas en psicoterapia

Desde la División de Psicoterapia continuamos con nuestro deseo de seguir profundizando en la realidad profesional de la psicoterapia en España, las expectativas, objetivos, necesidades y preocupaciones, y siempre con el objetivo en mente de establecer posibles desarrollos profesionales; de la mano de los profesionales que trabajan día a día en este campo. En esta ocasión, la Junta Directiva de la División de Psicoterapia ha decidido entrevistar para nuestra interesante sección “Perspectivas en psicoterapia”, a **Francisco Cruz**



Francisco Cruz es Catedrático del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, en la Universidad de Granada (UGR). Es también el director del Grupo de Investigación CTS-436 "Aspectos Psicosociales y Transculturales de la Salud y la Enfermedad" y trabaja en el Centro de Investigación Mente Cerebro y Comportamiento (CIMCYC). Miembro fundador de la Red de Investigación sobre el Final de la Vida (Red EOL), Francisco es Psicólogo Especialista en Psicología Clínica y Coordinador del Programa Asistencial "Evaluación e Intervención en Pérdidas y Duelo", y coordinador de Clínica de Psicología de la UGR.

Dado que, en estos tiempos de crisis e incertidumbre, el papel que los profesionales de la psicología jugamos es fundamental, desde la División de Psicoterapia hemos considerado fundamental pedir a un experto en Psicoterapia que nos hablase sobre la psicoterapia y las pseudoterapias. Son muchos los ciudadanos que, en estos días de cuarentena, buscarán por primera vez a profesionales de la psicología para tratar de aliviar el malestar que esta situación les genera. Y, por desgracia, siempre hay quien intenta pescar en río revuelto. Es por ello que consideramos fundamental que la gente pueda distinguir claramente qué diferencia a una terapia de una pseudoterapia, a un terapeuta de un oportunista. Francisco Cruz, amablemente nos ha dedicado parte de su tiempo para darnos respuestas sobre este tema. A continuación, pueden leer la reflexión que este gran profesional de la psicoterapia ha querido compartir con todos nosotros acerca de la **psicoterapia y la pseudociencia**.

Psicoterapia y Pseudociencias

Desde la División de Psicoterapia del Consejo de la Psicología, se me ha solicitado que realice una reflexión sobre el tema de la psicoterapia y las pseudociencias para el Boletín de Psicoterapia de la División. Desde mi punto de vista, esta no es una tarea fácil porque entiendo que estamos ante un tema complejo y que se puede abordar a distintos niveles. En este caso mi reflexión la voy a centrar en tres: (1) la relación de las pseudociencias con una mala praxis e intrusismo profesional, (2) el debate en el que se contextualiza la demarcación conceptual entre psicoterapia y pseudociencia y, (3) el malestar de los pacientes/clientes y su relación con lo pseudocientífico.

1. Pseudociencias, mala praxis e intrusismo profesional

En primer lugar, este debate entre psicoterapia y pseudociencias está asociado directamente a una preocupación importante, dentro del campo profesional y científico, relacionado con el intrusismo profesional y las malas prácticas, que pueden tener consecuencias negativas para la salud. En este sentido, tenemos la necesidad imperiosa y la responsabilidad de transmitir a la sociedad las garantías de las que disponemos respecto a nuestras intervenciones, y nuestro compromiso con el cuidado de la salud psicológica de las personas. Para ello, utilizar parámetros contrastados, con los recursos que la psicología ha desarrollado desde hace mucho tiempo en el campo de la ciencia y que se derivan de la investigación clínica, es fundamental. Esta necesidad comporta inevitablemente poner en evidencia prácticas no contrastadas, técnicas sin fundamento, falsos tratamientos y psicoterapeutas que ejercen como tales, sin la acreditación y formación exigidas para ello. La Psicoterapia es un área de la Psicología, y el psicólogo/a es un profesional con una formación de grado, posgrado y/o de especialista, que le habilitan para el ejercicio de la psicoterapia. Es decir, es un profesional capacitado y con las garantías suficientes para aplicar los tratamientos que emplea a los problemas que son de su competencia.

En esto todos estamos de acuerdo, mantenemos la misma posición de defensa de la profesión, de no ceder frente a la falsedad y el engaño y preservar no sólo, una actuación científica, sino también ética y de honestidad profesional con clientes, pacientes, grupos y ciudadanía. Esta posición se trabaja a diario desde las diferentes instituciones donde los psicólogos/as estamos y tenemos competencias en la gestión de la salud psicológica, en general, y la mental en particular.

Esta misma posición que tenemos de defensa de la profesión frente a las pseudociencias, e intrusismo profesional, también se hace evidente cuando, desde el mismo campo de la investigación científica, que nos sirve para argumentar nuestra posición de credibilidad frente a la falsedad de planteamientos, también nos encontramos con modos de hacer ciencia y actitudes científicas con consecuencias negativas para el propio campo. Algún ejemplo de ello lo constituye la preocupación que existe en este momento, en los campos relacionados con la salud,

respecto al problema de la replicabilidad de determinados resultados y falsos positivos en investigaciones publicadas en revistas de prestigio científico. Así mismo, cada vez se tiene más conciencia de que, muchos resultados negativos no llegan a publicarse, lo cual supone un importante sesgo dentro del conocimiento científico. Esta situación, que es grave en el campo biomédico, también tiene su impacto en el campo de la psicología y la psicoterapia.

Nuestra labor en el campo de la psicoterapia, desde mi punto de vista, ha de orientarse éticamente, de la misma manera ante las pseudoterapias que ante la mala praxis profesional, porque ambas comparten puntos en común. Sostener una posición crítica con respecto al trabajo que cada uno/a realiza es también la manera de contrarrestar ambas direcciones.

En este sentido, a la hora de retomar en la práctica el conocimiento que se deriva de la investigación, no solo hay que considerar que venga avalado por la aplicación del método científico, como herramienta que nos permite obtener datos lo más objetivos posible, sino también las condiciones en que se realiza y su adecuación a determinados objetos de investigación. La ciencia, como todos los campos humanos, presenta, a veces, problemas también con la honestidad en la que se realiza, y los investigadores/as, aunque no quieran, también están sometidos a presiones tanto de la propia vida, como de recursos, como de exigencias insensatas de empresas y mercado a la hora de producir investigación y resultados. Y estas condiciones, muchas veces, terminan afectando a la calidad del trabajo que pueden desarrollar y a lo que hay o no que investigar o se permite o no publicar.

Desde este punto de vista, a mi entender, hablar de pseudociencias y psicoterapias implica, no solo una cuestión de activar los mecanismos frente a las prácticas fraudulentas y denunciar el daño, sino también la necesidad de reflexionar sobre el tipo de conocimiento que se legitima asociado a una determinada visión de la ciencia. Y esto es lo que se ha venido señalando también, desde diversos sectores de nuestra profesión y campos afines. Siendo totalmente necesario verificar la eficacia de lo que hacemos por las vías que la ciencia nos proporciona, situar el debate solo en términos científico-empíricos, además de no resolver el problema, puede interpretarse, en algunos casos, como una estrategia. Y esto es importante considerarlo porque el [problema de la demarcación](#) entre psicoterapia y pseudociencia, en el campo de la salud psicológica y mental, presenta además de problemas de tipo científico y filosófico, también implicaciones políticas. Un ejemplo de esto último se hace evidente con la puesta en marcha del Plan de Protección de la Salud frente a las Pseudoterapias del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

La división de Psicoterapia del Consejo, desde su creación, lleva realizando, por parte de las personas que la han conformado, un trabajo riguroso y prudente, que es de agradecer en estos tiempos, en un campo nada fácil por su complejidad y con tantas implicaciones para nuestra profesión. Uno de los vectores de este trabajo se ha articulado precisamente al Plan de Protección

de la Salud del Ministerio en tanto toca al campo profesional. Este plan tiene entre sus objetivos, como se ha dado a conocer, eliminar toda pseudoterapia de los centros sanitarios y de la formación especializada, luchar contra la promoción y publicidad fraudulenta, mejorar la divulgación y comunicación con la ciudadanía y luchar contra el intrusismo profesional. El Ministerio ha publicado ya, dentro de este plan general, como se sabe, en relación a la psicología, una primera lista de pseudoterapias y otras que aún están pendientes de evaluación y emisión de informe.

El debate y polémica, contestación diversa que se ha generado desde instituciones, profesionales y, asociaciones de profesionales, ha sido más que evidente desde que apareció el Plan del Ministerio. Ahora bien, en lo que respecta a la División de Psicoterapia, se ha planteado que el documento elaborado por el Ministerio, está confeccionado desde una perspectiva y metodología exclusivamente biomédicas, con criterios válidos para muchas disciplinas sanitarias, pero insuficientes para la valoración rigurosa de la terapia psicológica. Por ello, entre otras cosas, se ha solicitado la presencia, en esas comisiones de evaluación, de expertos de nuestro campo, porque entendemos que es una manera de considerar y garantizar una interpretación rigurosa y adecuada de acuerdo con consensos también internacionales, a la hora de la inclusión o no de ciertas prácticas en el listado que se considera necesario y pertinente.

2. *Otro nivel de esta temática se ubica en un plano más conceptual, explicativo o teórico y los efectos que puedan derivarse para la disciplina de la psicoterapia.*

En el *IV Congreso Nacional de Psicología e International Symposium on Psychological Prevention*, y en cuyo marco tuvo lugar la V Convención del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, se trabajó como tema central, precisamente el de *Ciencia y Pseudociencia en la Psicología*. En este contexto se abordaron temas muy relevantes relativos a la difícil y necesaria demarcación entre ciencia y pseudociencia en psicología, la relevancia, para el campo de la psicoterapia, de su encuadre científico, como ciencia natural o ciencia humana, así como cuáles deberían ser nuestros referentes a nivel de modelos conceptuales (modelo médico-técnico, modelo contextual, modelo fenomenológico existencial). También se hizo referencia a la especificidad del carácter interactivo de los fenómenos psicológicos y una concepción de los trastornos relacionada con los problemas de la vida y su dificultad para salir de ellos frente a una concepción que los considera efecto de un mal funcionamiento interno (mental, cerebral), el lugar de las clasificaciones diagnósticas internacionales, su utilidad y cuestionamiento, la pertinencia o no de retomar y revisar, orientaciones más fenomenológicas y psicopatológicas y también se habló de la eficacia y elección de los tratamientos psicológicos en problemas de salud mental en comparación con los tratamientos farmacológicos.

Considero que todas ellas son cuestiones relevantes que conforman el panorama actual de la psicoterapia, no solo en psicología, sino también en psiquiatría. En España en diferentes ámbitos profesionales (sanitarios, académicos e investigadores) trabajamos, desde hace ya tiempo, en esta línea de planteamientos, al considerar el contexto de la psicoterapia en un marco de la ciencia más allá del modelo biomédico y su consideración de los trastornos psicológicos como entidades naturales. Consideración que es ciertamente ajena a la trayectoria biográfica de las personas y a la implicación que tiene, esta trayectoria, respecto a aquello que les pasa. Esta cuestión es también sumamente relevante en psicoterapia, a la hora de considerar el lugar activo que el propio paciente/cliente tiene que tener, dentro del tratamiento, a la hora de generar estrategias para el cambio, en el marco de una relación clínica que es fundamental para que se produzca el mismo y que tiene a la palabra como instrumento fundamental. Desde mi punto de vista, no solo es un debate necesario, por las implicaciones que tiene para nuestro campo, sino también porque aporta, dinamismo y apertura conceptual, metodológica, investigadora y clínica a la disciplina.

3. El malestar del paciente y las creencias pseudocientíficas.

Otro nivel de tratar lo pseudocientífico en relación a la psicoterapia, es concretándolo en pensamientos, actitudes, comportamientos y sentimientos. Como psicoterapeutas y clínicos, comprobamos una y otra vez que, el paciente/cliente tiene un conocimiento y saber propio acerca de lo que le pasa o bien se interroga por ello. Es decir, tiene y sostiene alguna teoría sobre lo que le hace sufrir. Además, este conocimiento sobre sí mismo, se estructura en esquemas, que determinan lo que vivencia, así como su organización, que en muchos casos es parte del problema que nos plantea. Estas teorías de entrada no son falsas ni verdaderas, pero si tienen un lugar en el discurso que sostiene el paciente sobre lo que le pasa, y eso tiene legitimidad y exige un respeto.

Creencias, ideas irracionales, pensamientos distorsionados, dudosos planteamientos tomados como verdaderos, o con peso de verdad, que incluso pueden aparecer como teorías con una estructura aparentemente lógica en cuadros graves de enfermedad mental. Planteamientos que pueden justificar la vida de las personas y su modo de relacionarse tanto con el malestar, los síntomas y trastornos. Estos planteamientos tienen el valor, en principio, de ser la respuesta que han podido dar a lo que les pasa, aunque sea una respuesta sintomática, antes de que se produzca una intervención profesional. También con la salud y sus modos de mantenerla comprobamos dinámicas muy parecidas. La investigación psicológica ha arrojado sobrada evidencia del peso que tienen, por ejemplo, los estilos atribucionales, en el mantenimiento de la salud y la enfermedad.

Esta es una dimensión clínica del trabajo, tratar con un conocimiento que se sostiene y se padece y que, necesariamente, va a estar presente. No se puede de entrada eliminar, ni desechar, por el contrario, hay que situarlo, darle un lugar porque constituye el material a partir del cual vamos a empezar a realizar un plan de trabajo en la práctica. Es decir, los psicólogos/as nos vemos diariamente en nuestra práctica, con conocimientos no científicos que traen a consulta los pacientes/clientes, y que son el punto de partida de gran parte de nuestro trabajo como clínicos y psicoterapeutas. Desde este punto de vista, llevamos mucho tiempo dialogando, evaluando, tratando, comprendiendo las ideas, actitudes, sentimientos en las que se manifiesta y expresa el malestar y el modo tan diverso, adecuado o no, en que las personas lo afrontan o no en sus distintos grados. Los pacientes/clientes no vienen dando una explicación científica a aquello que les pasa, más bien vienen como ya he señalado, con teorías, creencias, inquietudes, ideas irracionales y/o sentimientos que no pueden legitimar por defecto o por exceso, articulados a acontecimientos biográficos que necesitan comprender, desprenderse de ellos, o integrarlos de un modo que no les produzcan tanto daño. Día a día en la práctica, se comprueban, los obstáculos, el peso y la consistencia que pueden llegar a tener algunos de estos pensamientos y/o sentimientos, de forma aislada o articulados en cuadros clínicos a la hora de orientar, desde el punto de vista del sufrimiento, una vida o una determinada parcela de ella.

Con estas paradojas trabaja también un psicoterapeuta, en psicoterapia. Aborda, con la evidencia de los instrumentos y tratamientos que pone en marcha y la pericia y trayectoria profesional de su práctica, los obstáculos con los que se encuentran las personas en sus vidas, problemas mal planteados o soluciones inadecuadas que han dado y que los atrapan, la mayoría de las veces, en bucles sin salida o dicho de otra manera en una repetición sintomática que los desborda. También, desde un punto de vista ético, en su práctica ha de valorar, entre emplazar un trabajo con el objetivo de generar estrategias útiles que el paciente/cliente incorpore en su vida como medidas frente a su sufrimiento, acompañarlo, o sencillamente abstenerse, reconocer los límites que tienen las intervenciones que conoce o de las que dispone, y honestamente derivarlo.

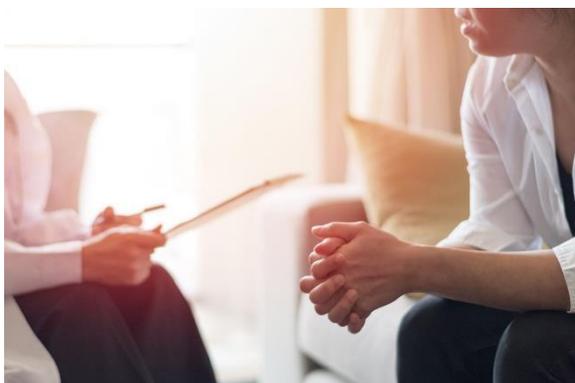
Saber trabajar con las personas en su singularidad es fundamental, no confundirse en el tratamiento que uno aplica también. Este trabajo con lo "pseudo" en el que se manifiesta el malestar no se puede improvisar, se necesitan muchos años de estudio contrastado, práctica supervisada y ejercicio profesional, para operar con la particularidad en la práctica y trabajar con la palabra como herramienta, en un contexto de relación terapéutica que nos permite aplicar las técnicas de las que disponemos para los problemas que tratamos. Por ello entiendo que es fundamental regular la profesión y dotarla de un recorrido formativo y práctico en los tres pilares que están en juego en psicoterapia, la evidencia, la pericia y el paciente/cliente. A diferencia de lo que puede ocurrir en otros campos de la psicología, en el de la psicoterapia no es una sin la

otra, y cuando se privilegia una sobre las otras la psicoterapia se resiente y todos salimos perdiendo.

Queremos agradecerle a Francisco el tiempo que nos ha dedicado al Boletín de Psicoterapia para compartir sus interesantes reflexiones, que sin duda aportan mucha información de relevancia y gran utilidad.

3. Noticias de interés psicoterapéutico

3.1. EVIDENCIAS SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA PRESENCIA DE PSICÓLOGOS EN ATENCIÓN PRIMARIA.



Desde que en el año 2012 el **Proyecto PsiCAP** comenzó su andadura, los resultados no han dejado de poner de relieve la importancia y el enorme beneficio que supone la incorporación de psicólogos en los centros de Atención Primaria. Estos resultados evidencian empíricamente la optimización de recursos y la mejora en la atención a los usuarios, lo que se traduce también en una mayor rentabilidad. Es por todo esto que este proyecto ha ido adquiriendo un amplio reconocimiento en nuestra sociedad.

En esta iniciativa ha sido importante el papel que el Consejo General de la Psicología (COP) ha jugado, manteniendo constantes y frecuentes reuniones con diferentes agentes sociales y políticos. Gracias a ello, se ha constatado un **incremento en el interés** por parte de estos actores en potenciar la investigación de los beneficios que implicarían la implementación de tratamientos psicológicos basados en la evidencia dentro del primer nivel asistencial del Sistema Nacional de Salud.

En los últimos años, hemos presenciado un constante incremento de las **iniciativas parlamentarias** que han promulgado la implementación de la iniciativa PsiCAP. Estas propuestas legislativas se han realizado **a nivel nacional** (actualmente existe una Proposición No de Ley – PNL – sobre la realización de un estudio de evaluación de la efectividad del proyecto PsiCAP y la necesidad de aumentar el número de plazas PIR) y **a nivel autonómico**. Ya son **nueve las Comunidades Autónomas** que han manifestado su interés expreso a través de

diferentes propuestas legislativas, la mayoría de las cuales han sido **votadas favorablemente en seis** de estas Regiones.

En el año 2016, el Pleno de la Asamblea de la **Comunidad de Madrid**, donde el Pleno de la Asamblea aprobó aumentar la dotación progresiva de Psicólogos Clínicos en los centros de Atención Primaria, la paulatina incorporación de los programas de intervención psicológica para colectivos de enfermos especialmente vulnerables, así como el acrecentamiento gradual en la oferta docente especializada de especialistas en Psicología Clínica. También en **Asturias** se implementó la figura del psicólogo clínico en Atención Primaria.

En junio del mismo año, la Comisión de Sanidad y Consumo de las **Cortes Valencianas** acordaba por unanimidad la aprobación de otra Resolución para *“la creación de la figura del psicólogo clínico de Atención Primaria en el sistema sanitario”*. Posteriormente, **Aragón** y las **Illes Balears** también aprobaron en sus respectivos parlamentos autonómicos iniciativas similares, orientadas todas ellas a la incorporación de psicólogos clínicos a los centros médicos de Atención Primaria, junto con la realización de estudios que permitieran conocer el impacto económico y social de dichas propuestas.



A principios de febrero de 2017, el **Parlamento de Catalunya** debatió y aprobó por unanimidad con enmiendas otra Propuesta de Resolución. Como en las demás autonomías, se solicitó emprender una serie de acciones, tales como el incremento en el número de plazas PIR y el aumento de la presencia de psicólogos clínicos en los dispositivos de salud mental y en aquellos servicios donde las intervenciones psicológicas han demostrado su eficacia, incorporando también a estos profesionales en los centros de Atención Primaria. Así, en 2018 se aprobó la incorporación de un importante número de psicólogos clínicos en este ámbito de la salud, tanto la atención de los trastornos mentales comunes como la atención psicológica infanto-juvenil.

Posteriormente, **Castilla y León, Murcia y Navarra** también se sumaron a esta línea de actuación, tramitando favorablemente PNL que instaban a los gobiernos autonómicos a adoptar medidas para una adecuada cobertura de los tratamientos psicológicos en el Sistema Público de Salud.

El hecho de que todas estas iniciativas hayan sido presentadas y votadas favorablemente en diferentes Comunidades Autónomas, por distintos grupos parlamentarios de ideología

completamente dispar, pone de relieve el **interés unificado existente en torno a este tema** así como la importancia que se concede al mismo, abriendo una luz de esperanza no sólo para el futuro de la Psicología Clínica en nuestro país, sino también, y fundamentalmente, para la sociedad en su conjunto, al mejorar los servicios que se ofrecen y atender pertinentemente a las necesidades actuales de la población en salud mental.

Estas iniciativas están basadas en el exitoso proyecto que se inició en 2008 en **Reino Unido: el Programa IATP**. Desde su creación, los aspectos principales de este proyecto han sido los siguientes:



- El entrenamiento adecuado y la supervisión continua de todo el personal.
- La implementación de tratamiento de manera temprana, cumpliendo exhaustivamente con las directrices del NICE en cuanto al tipo y duración de la intervención.
- La posibilidad de acceso directo del paciente a estos servicios, sin necesidad de ser referido por un facultativo.
- La implementación de medidas para recoger el feedback de los pacientes, y para mejorar el cuidado del personal sanitario.
- La aplicación de terapias psicológicas también en los casos moderados y severos de depresión.

Los resultados de este programa han mostrado que los niveles de recuperación en los pacientes asistidos fueron de entre el 45% y el 65%, cifras nada desdeñables y que, sin duda, descargarían los subsecuentes niveles de asistencia especializada.



En **Noruega** también se ha implementado con éxito este programa, que comenzó su andadura en el año 2012. Según muestran los resultados del estudio, los pacientes que recibieron atención a través del programa *Prompt Mental Health Care* (PMHC), los 463 participantes mostraron una tasa de recuperación del 58,5%, frente al 31,9% de los pacientes asignados a la atención sanitaria estándar (n=215), es decir, más de la mitad de los pacientes del programa PMHC alcanzaron niveles subclínicos al finalizar la intervención, frente a un tercio de los del grupo de tratamiento tradicional. En el grupo asignado al programa PMHC, las diferencias en el tamaño del efecto de los cambios fueron grandes para la depresión (d=0,88) y moderadas

para la ansiedad ($d=0,60$). Asimismo, los participantes asignados al programa PMHC mostraron otros beneficios secundarios, tales como una mejora en el estado funcional, la calidad de vida y bienestar psicológico, en comparación con los participantes del tratamiento estándar.

Tal y como concluyen los autores, los resultados obtenidos muestran que **el tratamiento** proporcionado a través del enfoque PMHC **es sustancialmente más efectivo** que el tratamiento habitual para aliviar la carga de los trastornos de ansiedad y depresión, y además, muestra la viabilidad y aceptación de esta nueva estrategia de intervención para ser incorporada en los sistemas sanitarios tradicionales.

Recientemente, ha sido el **Defensor del Pueblo** quien ha hecho un llamamiento para continuar con el incremento de la atención psicológica en el Sistema Nacional de Salud, poniendo especial énfasis en la incorporación de psicólogos a los centros de Atención Primaria.

Queda claro que la importancia vital de que nuestro país siga apostando por el continuo desarrollo e implementación del programa PsiCAP. Esto aumentará la efectividad de la atención a la población que presenta algún tipo de dificultad psicológica, a la vez que optimizará los recursos del Sistema de Salud Público, permitiendo un gasto más racional y eficiente.

Para más información sobre este tema, puede consultar en:

- [Infocop: Cada vez más Comunidades Autónomas se suman a la demanda de psicólogos en AP.](#)
- [Infocop: Noruega implanta con éxito servicios psicológicos en Atención Primaria](#)
- [Infocop: Cómo implementar tratamientos psicológicos en Atención Primaria, manual del gobierno británico](#)
- [Infocop: Atención psicológica en el Sistema Nacional de Salud](#)

Otras referencias

- Knapstad, M., Lervik, L. V., Sæther, S. M. M., Aarø, L. E., & Smith, O. R. F. (2019). Effectiveness of Prompt Mental Health Care, the Norwegian Version of Improving Access to Psychological Therapies: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1-16.

3.2. RECOMENDACIONES PSICOLÓGICAS PARA APLICAR DURANTE LA CUARENTENA

Desde que el pasado mes de marzo el Gobierno decretara el Estado de Alarma, vivimos una situación completamente novedosa. Esta situación, además se caracteriza por la incertidumbre y el riesgo que el COVID-19 supone para la salud pública. Los ciudadanos debemos permanecer en nuestros hogares durante todo el día. Con ello, las rutinas, relaciones socio-labores, ocio y otras muchas esferas de nuestra vida, han quedado completamente trastocadas. Como psicólogos, sabemos que esta situación es el perfecto caldo de cultivo para la aparición de reacciones emocionales como ansiedad, miedo, impotencia, frustración; pensamientos intrusivos y rumiaciones. Aunque esta situación no se había experimentado antes, la psicología si que puede ofrecer ciertas pautas y respuestas para que los ciudadanos puedan vivir esta cuarentena con las mejores herramientas posibles.

El psicólogo noruego, Atle Dyregrov, experto en intervención psicológica en situaciones de crisis, emergencias y desastres, ha publicado en su página web los siguientes consejos:

1. Recuerda que estás prestando un servicio a la sociedad.

Permanecer en cuarentena supone prestar ayuda a los demás. Contribuye a reducir la posibilidad de que otras personas contraigan la enfermedad. Estás participando en una responsabilidad social colectiva manifestada a través de una acción altruista y generosa. Verlo



desde esta perspectiva, ayuda a mantener la autoestima y a no sentirse estigmatizado. Cuando acabe el periodo de cuarentena, todos los ciudadanos deberían tener esto en mente y no mostrar rechazo hacia las personas que han cumplido con esta responsabilidad social.

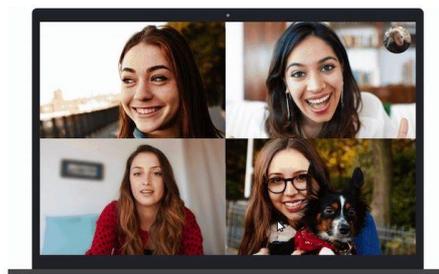
2. Mantente activo, establece rutinas.



Las actividades, las rutinas y la programación de tareas permiten aumentar la percepción de control y dar sentido a cada día, disminuyendo la sensación de impotencia o frustración. Ante situaciones de incertidumbre, como las generadas por una situación así, proporcionan un sentido de estabilidad y seguridad. En este sentido, la realización de ejercicio físico, el mantenimiento de los hábitos de higiene personal diaria, el establecimiento de un horario regular para las comidas y otras actividades, contribuyen a generar una percepción de orden y a estructurar esta situación novedosa.

3. Potencia el contacto social a través de las redes sociales y el teléfono.

Las redes sociales permiten chatear y tener contacto con otros a través de Facebook, Skype y otras plataformas. Este contacto social se vuelve especialmente importante durante la cuarentena. Por lo tanto, evita el aislamiento psicológico y mantente en contacto diariamente. Establece unas horas concretas del día en las que establecer estos encuentros sociales a través del teléfono o el ordenador.



4. Mantén el control sobre tus preocupaciones.

Si bien es normal estar preocupado por la propia salud, si estos pensamientos ocupan mucho espacio mental, hay que establecer estrategias para distanciarse de estas preocupaciones



constante. La distracción es la mejor herramienta para combatir las rumiaciones y preocupaciones recurrentes. En este sentido, es recomendable distraerse a través de películas, series de televisión, videojuegos, crucigramas, música o conversaciones a través de las redes sociales que no estén centradas en el coronavirus.

Otra estrategia útil consiste en posponer el momento en que nos dedicaremos a preocuparnos, estableciendo un periodo concreto del día (no más allá de 20 minutos), en el que nos dedicaremos a pensar o a escribir sobre nuestra preocupación tanto como queramos. Fuera de ese periodo concreto, si surgen pensamientos de preocupación, tienes que decirte a ti mismo:

«Esto es algo en lo que pensaré en mi tiempo de preocupación, no ahora». Si esto se repite con suficiente frecuencia, este proceso de pensamiento se vuelve automático. No programes este momento de preocupación tarde en la noche. Si aparecen preocupaciones, no te irrites contigo mismo, solo repite que pensarás en ese tema en tu tiempo de preocupación.

5. Controla la exposición a las noticias sobre el coronavirus.

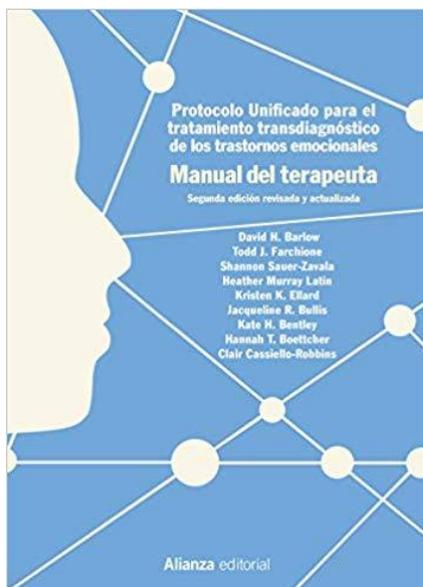
Sabemos que pasar demasiado tiempo viendo o leyendo noticias sobre una situación traumática afecta negativamente al bienestar de las personas. Por tanto, si se mantiene protegido de la exposición constante a noticias sobre el virus, le resultará más fácil mantener la calma. Leer una noticia actualizada diaria de una fuente confiable es suficiente para estar informado de la situación.



Pueden consultar la información original en la [web de Atle Dyregrov](#).

4. Reseñas de psicoterapia recomendables

4.1. LIBROS DE INTERÉS PSICOTERAPÉUTICO



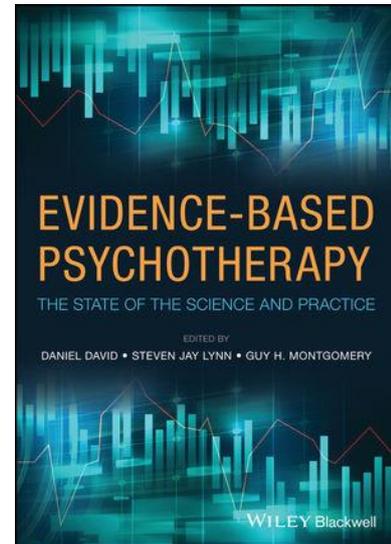
Barlow, D. H. et al. (Coord.) (2019). **Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales. Manual del terapeuta**. Madrid: Alianza Editorial.

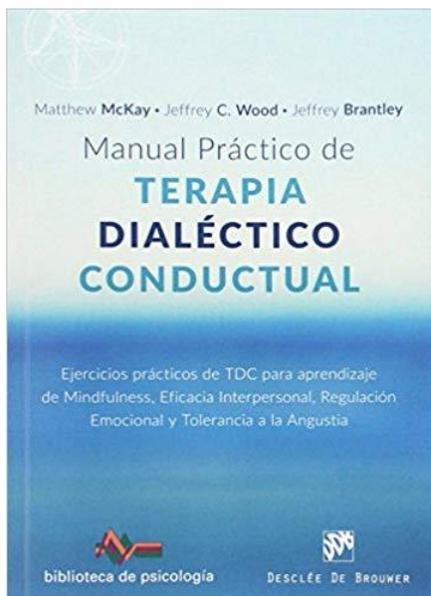
Esta segunda edición, revisada y ampliada, del "Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales" (Manual del terapeuta y Manual del paciente) ha sido diseñada y desarrollada a partir de los últimos avances en programas de tratamiento basados en la evidencia, asentados en las investigaciones más actuales y en la evaluación terapéutica controlada con el mayor rigor clínico. Junto con el manual para el terapeuta, existe otro para el paciente. Están diseñados para abordar trastornos emocionales estrechamente relacionados, con la ansiedad y el estado de ánimo. Este manual ofrece un completo conjunto de recursos a los

profesionales de la salud mental ligados a cada una de las etapas planteadas al paciente del protocolo unificado.

David, D.; Lynn, S.J. y Montgomery, G.H. (Eds.) (2017). **Evidence-based psychotherapy. The State of the science and practice.** Wiley Blackwell.

Con más de 500 tipos diferentes de psicoterapia llevadas a cabo en la actualidad, navegar en el laberinto de posibles tratamientos puede ser arduo para clínicos e investigadores, así como para las personas que buscan ayuda psicológica. *Evidence-Based Psychotherapy: The State of Science and Practice* ofrece un mapa para identificar las intervenciones psicológicas más adecuadas y efectivas, proporcionando una exhaustiva revisión de los tratamientos existentes hasta la fecha para los trastornos psicológicos encontrados más habitualmente en la práctica clínica. Cada capítulo aplica un riguroso marco de evaluación para revisar las intervenciones psicoterapéuticas existentes para cada trastorno específico. Los autores tienen en cuenta al lector en los esquemas de evaluación, describiendo tanto los tratamientos efectivos como los potencialmente no efectivos. Las recomendaciones están basadas en una extensa revisión de la evidencia científica disponible, así como de la existencia de un sólido marco teórico que las respalde. En último término, el libro busca facilitar la planificación de un tratamiento y ayudar a lograr el mejor de los resultados terapéuticos.



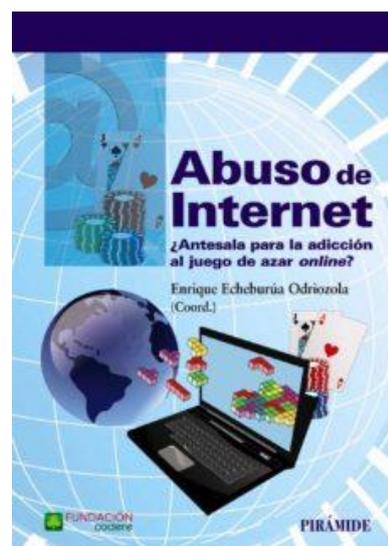


McKay, M., Wood, J. C. y Brantley, J. (2017). **Manual Práctico de Terapia Dialéctico Conductual**. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Desarrollada, en principio, para el tratamiento del trastorno límite de personalidad, la Terapia Dialéctico Conductual (TDC) ha probado su eficacia a la hora de abordar una amplia gama de problemas de salud mental, en especial de aquellos que se caracterizan por la presencia de emociones arrolladoras. Diversas investigaciones demuestran que la TDC puede mejorar la propia capacidad de manejar la angustia sin perder el control ni actuar de forma destructiva. Para poner en práctica las técnicas que en el libro se detallan, es necesario establecer habilidades en cuatro áreas: tolerancia al malestar, mindfulness, regulación emocional y eficacia interpersonal. Esta obra ofrece un repertorio de ejercicios sencillos, analizados paso a paso, para asimilar esos conceptos y ponerlos en práctica para alcanzar un cambio real y duradero. Comenzando por trabajar con los ejercicios preliminares para ir, luego, progresando hasta completar los capítulos dedicados a las habilidades más avanzadas.

Echeburúa, E. (2016). **Abuso de Internet ¿Antesala para la adicción al juego de azar online?** Madrid: Pirámide.

El abuso de Internet puede interferir negativamente en la vida cotidiana de algunas personas y afectar al rendimiento académico, al laboral, a la calidad de las relaciones sociales y a una ocupación sana del tiempo libre. Las personas más vulnerables pueden encontrar en la Red una vía de engancharse al juego, al sexo o a otras conductas problemáticas. Así, el juego online, en sus diversas modalidades, ha irrumpido con fuerza en la actualidad y ha adoptado formas más atractivas para personas jóvenes, como las apuestas deportivas. De hecho, el juego en Internet (por ejemplo, el póquer online, los casinos y bingos online o las casas de apuestas), en la medida en que facilita el anonimato, es accesible en cualquier momento y lugar y está



al alcance de los menores, plantea retos nuevos y requiere una reacomodación de los programas de prevención que tienen que adaptarse a estas nuevas características. El objetivo de este libro es hacer una puesta al día, con los investigadores españoles más representativos en este ámbito, de lo que suponen psicológicamente el abuso de Internet y el juego de azar online, porque hay una estrecha relación entre ambos factores

Intervención psicológica grupal en dolor crónico



Campañ, V., Sugrañes, B. y Paz, C. (2017).

Intervención psicológica grupal en dolor crónico.
Madrid: Síntesis.

El dolor crónico representa uno de los problemas de salud más relevantes, tanto por su impacto socioeconómico como por sus enormes implicaciones en términos de sufrimiento y deterioro de la calidad de vida. Los tratamientos médicos actuales muestran limitaciones, por ello se han desarrollado una serie de recomendaciones para mejorar los tratamientos psicológicos del dolor crónico, entre las que se incluyen lograr una comprensión profunda del fenómeno y personalizar el tratamiento en la medida de lo posible. El presente manual aporta un marco teórico en el que comprender el fenómeno del dolor en la vida de cada paciente y ofrece una guía para personalizar la intervención, incluso en un formato grupal. Expone una descripción detallada de las técnicas y del estilo relacional del terapeuta, ofrece las plantillas para la realización de las actividades propuestas y emplea ejemplos de la práctica clínica para ilustrar cada uno de estos aspectos.

5. Un vistazo a la actualidad

5.1. EL ENFOQUE TRANSDIAGNÓSTICO EN LA TERAPIA PSICOLÓGICA.



El paso de siglo parece que ha traído consigo una gran revolución en la manera de entender e interpretar el mundo. Y, por supuesto, todo apunta a que la psicología no se ha quedado fuera de este cambio.

A principios del siglo XX, los padres de la psicoterapia buscaban desarrollar programas de tratamiento que resultaran eficaces para intervenir los problemas a los que se enfrentaban en consulta (Barton, 1974; Skinner, 1938). Estas propuestas se nutrían de las diferentes concepciones teóricas que cada autor consideraba más adecuada para explicar la génesis, desarrollo y modificación de los distintos trastornos psicológicos.

A medida que avanzaba el siglo, y de forma paralela a la consolidación del uso de manuales diagnósticos como herramienta de consenso en la concepción de la psicopatología (Sanders, 2011), el foco se empezó a poner en el desarrollo de *paquetes* o programas de tratamiento que pudieran mejorar la sintomatología asociada a los trastornos que estos manuales recogían. Así, poco a poco, se empezaron a desarrollar programas de tratamiento para el trastorno depresivo (Nezu, Nezy y Perri, 1989), el trastorno de pánico (Clark et al., 1994), el trastorno de estrés postraumático (Crump, 1984; Keane, Fairbank, Caddell y Zimering, 1989), etc. Estos programas ponían a prueba el uso de un conjunto específico de técnicas, usadas en un orden determinado, para la mejora de los trastornos. Así, en la década de los 90, podíamos encontrar infinidad de propuestas de tratamiento específicas para cada tipo de trastorno, que mostraban tasas de recuperación aceptables, pero que eran aún susceptibles de una gran mejora. Se llegó pues a un punto en el que la cantidad de información hacía difícil el poder conocer a ciencia cierta qué funcionaba y qué no; existía un poco práctico *mare magnum* de conocimiento.

Con esta situación llegamos al cambio de siglo, momento en el que muchos psicólogos deciden parar a reflexionar sobre la utilidad de seguir investigando tratamientos eficaces para trastornos específicos. Es en este momento cuando se vuelve la vista atrás, desarrollándose una idea que, pese a lo que pueda pensarse hoy en día, de novedosa tenía poca: el enfoque transdiagnóstico. Este enfoque bebe de diversas fuentes del conocimiento del mundo de la psicología: desde los principios de condicionamiento de Mowrer y Skinner, hasta los constructos

de personalidad de Eysenk o los esquemas cognitivos de Beck (Sandín, Chorot y Valiente, 2012). El lector podrá apreciar que, el enfoque transdiagnóstico, no constituye una “nueva” corriente o enfoque dentro de la psicología clínica, sino que surge de la unión de aquellos aspectos que han demostrado empíricamente ser más adecuados y eficaces para explicar y entender la *psique* humana. Así, dentro de este marco, se pone el foco en los procesos, olvidándose del omnipotente *diagnóstico* a la hora de intervenir con el paciente. Muestra de estos conceptos y/o procesos serían, por ejemplo, la atención, la memoria, la afectividad, el perfeccionismo, la autoestima, la regulación emocional o la intolerancia a la incertidumbre, entre otros. Desde el enfoque transdiagnóstico se entiende que las personas desarrollarán un trastorno psicológico cuando exista una desadaptación en estos procesos. Así pues, la intervención psicoterapéutica iría encaminada al trabajo y desarrollo de estos procesos, raíz y base del malestar que sufre el paciente.

En la actualidad, se está trabajando por demostrar empíricamente la eficacia de protocolos de intervención basados en una aproximación transdiagnóstica. Destaca el trabajo realizado por Barlow et al., (2004), quienes han desarrollado un *protocolo unificado* (“*Unified Protocol*”) para el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad. Este protocolo se apoya en tres componentes principales: 1. modificación de evaluaciones erróneas antecedentes, 2. prevención de la evitación emocional y su gestión y 3. sustituir la tendencia a la actuación emocional. Los resultados mostraron una mejora significativa para el grupo de tratamiento frente al grupo control-lista de espera. Pero, donde esta intervención demostró una mayor eficacia fue en los casos de pacientes con diagnóstico comórbido, con tasas del 62% de remisión para los pacientes asignados al *Unified Protocol* frente al 47,5% de remisión para aquellos que fueron tratados con programas específicos.

A tenor de los resultados que se están hallando, parece interesante no perder de vista el desarrollo de la intervención basada en un enfoque transdiagnóstico. De seguir demostrando su eficacia, parece inevitable pensar que el futuro de la psicoterapia pasa por esta vía. Los psicólogos tendríamos a nuestro alcance una herramienta eficaz y válida para tratar todo tipo de trastornos. Esto haría más eficiente y facilitaría la formación de los futuros terapeutas: en vez de tener que formarse específicamente en el tratamiento de cada trastorno psicológico, se formarían para poder tratarlos todos (o casi todos) ellos, lo cual permitiría también una mayor profundización en esta formación, con lo que, cabría esperar, seguiría mejorando los niveles de éxito terapéutico.

Referencias:

- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.
- Barton, A. (1974). *Three worlds of therapy: An existential-phenomenological study of the therapies of Freud, Jung, and Rogers*. National Press.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Middleton, H., Anastasiades, P., & Gelder, M. (1994). A comparison of cognitive therapy applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 164(6), 759-769.
- Crump, L. D. (1984). Gestalt therapy in the treatment of Vietnam veterans experiencing PTSD symptomatology. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 14(1), 90-98.
- Keane, T. M., Fairbank, J. A., Caddell, J. M., & Zimering, R. T. (1989). Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior therapy*, 20(2), 245-260.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Perri, M. G. (1989). *Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines*. John Wiley & Sons.
- Sanders, J. L. (2011). A distinct language and a historic pendulum: the evolution of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Archives of psychiatric nursing*, 25(6), 394-403.
- Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, R.M. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203.
- Skinner, B. F. (1938). *The Behavior of Organisms: An Experimental Analysis*. New York: Appleton-Century.

5.2. LA PERICIA Y LA PRÁCTICA DELIBERADA EN LA FORMACIÓN DE PSICÓLOGOS.

En los últimos tiempos, en el mundo de la psicoterapia se viene hablando mucho de la *Práctica Clínica Basada en la Evidencia*. Pero, ¿a qué se hace referencia con este término? La APA en 2005 la definió como “la integración del conocimiento procedente de la investigación científica y la práctica clínica en el contexto de las características, cultura y preferencias propias de cada paciente”. Esta definición consta pues de dos elementos principales: la investigación científica y la práctica clínica *per se*. Todos los que se han dedicado y dedican a la práctica clínica saben bien que una cosa es saber algo, y otra muy



distinta saber aplicarlo. Esto último es a lo que denominamos *pericia clínica*. El conocimiento científico parte de las investigaciones que se realizan en los distintos centros académicos y de investigación. Pero, y la pericia clínica, ¿qué es exactamente y de dónde parte?; ¿se enseña?

En el año 2017, Wampold et al. realizaron una revisión sobre las investigaciones que estudiaban cuáles eran las características que poseían los clínicos más efectivos. Llegaron a la conclusión de que eran cuatro las principales variables que estos terapeutas mostraban:

- Habilidad para establecer una sólida alianza terapéutica.
- Habilidades interpersonales de facilitación.
- Cuestionamiento del propio nivel de desempeño.
- Entrenamiento mediante Práctica Deliberada (PD en adelante).



En España, actualmente existen dos caminos para formarse como psicoterapeuta. La vía primera es a través del programa de formación PIR, donde el Sistema Nacional de Salud se encarga de formar a los futuros psicólogos clínicos. La otra vía es a través del máster habilitante en Psicología General Sanitaria. En ambos casos, los programas de formación hacen especial hincapié, no sólo en enseñar a las futuras generaciones de psicoterapeutas cuáles son los tratamientos que han demostrado ser más efectivos, sino también en cómo aplicarlos adecuadamente. Es precisamente en este último ámbito donde la PD podría cobrar una gran importancia. La PD fue originalmente propuesta por Ericsson et al. en 1993, y se concibió como la herramienta para lograr que un profesional consiga llegar al máximo nivel de rendimiento y resultados, a convertirse en un experto. Más recientemente, Chow (2014) definió la PD como el conjunto de actividades que se llevan a cabo de manera sistemática y prolongada a lo largo del tiempo, bajo la supervisión de un profesional experimentado que proporciona información inmediata sobre la ejecución, lo cual facilita una mejora progresiva de la práctica terapéutica gracias a la repetición y refinamiento sucesivo.

En la actualidad, tanto el programa de Máster en Psicología General Sanitaria como el programa PIR incluyen de manera obligatoria la realización de prácticas en intervención. Sin embargo, no está claro que dichas prácticas sigan el modelo comentado de PD. Así, Prado-Abril, Gimeno-Peón, Inchausti y Sánchez-Reales (2019) han propuesto recientemente una serie de recomendaciones para implementar el modelo de PD en los programas formativos de psicólogos clínicos (aunque estas recomendaciones serían igual de válidas para los programas de formación

de psicólogos sanitarios). Los puntos a tener en cuenta serían los siguientes (Prado-Abril et al., 2019, p. 96):

- **Estructurar y automatizar la PD:** reservar una hora a la semana para PD, planificar cómo se va a emplear, preparar recordatorios en dispositivos electrónicos y grabar sesiones de terapia.
- **Establecer un punto de referencia:** fijarse en los resultados obtenidos, reflexionar y anotar lo aprendido, ver una grabación de una sesión representativa de tu mejor trabajo, hacer que la revise el supervisor y obtener feedback.
- **Experimentar con entusiasmo:** revisar unos 5-10 minutos de vídeo de una sesión propia, pausarlo y pensar constructivamente de qué otra manera podrías haberlo hecho, fijarte en el feedback del paciente y ver si te sorprende, etc.
- **Apoyo:** buscar hasta encontrar un supervisor que esté dispuesto a analizar fragmentos de las grabaciones, a incluir en la discusión información sobre resultados, alianza, variables del paciente... y que te ayude a establecer objetivos de aprendizaje que guíen tu desarrollo profesional; formar una pequeña comunidad de personas con el mismo interés en la PD y en alcanzar la excelencia.

Como puede verse, estas cuatro propuestas de Prado-Abril et al. (2019) podrían dividirse en dos grupos: aquellas tareas que el terapeuta novel puede hacer por sí sólo, y aquellas que necesitan de la presencia de un supervisor experimentado. Centrándonos en este segundo aspecto, debiera ser algo obligatorio que los sistemas de formación de psicoterapeutas, bien sea por la vertiente sanitaria bien por la clínica, garantizaran la presencia de estos supervisores que apoyasen de manera directa la PD de los psicólogos en formación (y que no quedase a voluntad de los terapeutas-profesores de cada programa de formación). Un supervisor ha de ser una persona que es capaz de darse cuenta de los detalles sutiles que muchas veces pasan inadvertidos al ojo inexperto, alguien que haya manejado situaciones difíciles en terapia, que sepa cuándo está frente a la excepción y no a la regla, pero también una persona que esté abierta a aprender del que aprende y a escuchar las sugerencias y propuestas, abierto al debate. Porque cuatro ojos siempre ven más que dos. El papel que juega el supervisor es fundamental. Es quien tiene mayor experiencia, y quien se ha enfrentado a todo tipo de situaciones. Es además la persona que mejor puede guiar en el proceso de aprendizaje. El futuro psicólogo sanitario o clínico puede haber estudiado a fondo cuáles son las técnicas más eficaces y adecuadas para tratar un trastorno, pero todos los que nos hemos puesto delante de un paciente sabemos que de la teoría a la práctica hay un mundo. Por ello, debíamos seguir luchando para que en los programas de formación de psicólogos clínicos y sanitarios la PD con el apoyo de supervisores, no fuera algo opcional, sino que se convirtiese en parte necesaria e imprescindible. Lograríamos así implementar un modelo

de enriquecimiento y mejora constante, donde tanto el experto como el novel aportarían experiencia y frescura a la labor de dar la mejor atención psicoterapéutica que nuestra sociedad merece.

Basado en:

- Prado-Abril, J., Gimeno-Peón, A., Inchausti, F., & Sánchez-Reales, S. (2019). Pericia, efectos del terapeuta y práctica deliberada: El ciclo de la excelencia. *Papeles del Psicólogo*, 40(2), 89-100.

Referencias:

- American Psychological Association (2005). Policy statement on evidence-based practice in psychology. Meeting of the APA Council of Representatives. Recuperado de <http://www.apa.org/practice/guidelines/evidence-based-statement.aspx>
- Chow, D. (2014). *The study of supershrinks: Development and deliberate practices of highly effective psychotherapists* (Tesis Doctoral). Curtin University, Australia. Recuperado de: <https://espace.curtin.edu.au/handle/20.500.11937/45>
- Ericsson, K. A., Krampe, R. T. y Tesch-Römer, C. (1993). The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychological Review*, 100, 363-403.
- Wampold, B. E., Baldwin, S. A., Grosse-Holtforth y Imel, Z. E. (2017). What characterizes effective therapists? En L. G. Castonguay y C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?* 37-54. Washington, DC: American Psychological Association.

6. Certificación Europsy: Especialista en Psicoterapia

6.1. NO DEJES DE ACREDITAR TU FORMACIÓN Y EXPERIENCIA SOLICITANDO TU “CERTIFICADO DE PSICÓLOGO EUROPSY DE ESPECIALISTA EN PSICOTERAPIA”.

Al obtenerlo, serás incluido automáticamente en el registro de EuroPsy de la EFPA (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos). Pincha [aquí](#) para obtener toda la

información que necesitas, y obtén tu [Certificado de Psicólogo EuroPsy de Especialista en Psicoterapia](#).



6.2. ¿ERES YA MIEMBRO DE LA DIVISIÓN DE PSICOTERAPIA?

Si aún no lo eres, entérate [aquí](#) de cuáles son los requisitos que necesitas para unirse a tus colegas y poder participar con ellos en todas las actividades que realiza la División. No lo dudes, [¡apúntate!](#)

7. Buzón de sugerencias

Porque nos importa tu opinión. Dependemos de la colaboración activa de nuestros lectores y lectoras y de su *feedback*. No dudes en aportar tus sugerencias a través del siguiente enlace: <http://www.dpsit.cop.es/buzon-de-sugerencias>. ¡Todas las ideas son siempre bienvenidas!



[División de Psicoterapia \(dPsiT\) - Consejo General de la Psicología](#)

