

III Congreso de Psicoterapias Cognitivas Latinoamericanas y 1º Congreso Uruguayo de Psicoterapias Cognitivas. 6,7 y 8 de abril de 2000.

“El Entrenamiento De Terapeutas Cognitivos”

Autor: Sara Baringoltz
Directora del Centro de Terapia Cognitiva

Quisiera en principio ubicar el surgimiento de la terapia cognitiva en Argentina dentro del contexto histórico y social de este país. Buenos Aires su capital y otras ciudades importantes se han caracterizado durante las décadas del 40, 50 y 60 por la jerarquización del enfoque psicoanalítico. Tanto es así que numerosas publicaciones han de señalado que Buenos Aires es la ciudad del mundo que mayor cantidad de psicoanalistas tiene en relación con el número de habitantes. Durante más de 30 años se incrementa el número de terapeutas con esa orientación y los psicoanalistas argentinos son reconocidos en el país y en el exterior por su trabajo serio e intenso. A fines de la década del 50 se crea la carrera de Psicología en la Universidad de Buenos Aires, con una orientación claramente psicoanalítica, lo cual influye en la adhesión a este marco teórico de los alumnos y profesionales que ingresan al campo laboral clínico. Simultáneamente la Asociación Psicoanalítica Argentina con sus estudios de postgrado va asentando su prestigio. Se suceden desarrollos de enfoques psicoanalíticos diversos según las épocas: Freud, Klein, Lacan, etc.. Los tratamientos se desarrollaban durante varios años, con una frecuencia de 3 a 5 sesiones semanales, y el objetivo implicaba cambios en la estructura de personalidad del paciente. El trabajo entusiasta y sistemático del grupo psicoanalítico tuvo una respuesta positiva en la amplia clase media argentina. Observadores extranjeros se asombraban de la cantidad de personas que accedían a un tratamiento psicoanalítico (ya sea en hospitales, clínicas, consultorios privados) y demostraban reconocimiento y valoración del mismo. Asimismo fue notoria la presencia del psicoanálisis en el lenguaje cotidiano, en la temática popular, y en los medios de difusión.

En 1943 se publica el primer número de la revista de Psicoanálisis y en 1954 el de Acta Psiquiátrica y psicológica de América Latina dirigida por Guillermo Vidal, ambas de gran importancia para la difusión de la psicoterapia.

En los años 50 algunos grupos adquirieron singular peso tales como los liderados por Jorge Thénon, Telma Reca y Pichón Riviere con su especial apertura a lo social.

En 1966 se rompe el orden institucional y comienza un período de persecución política. Los profesionales abandonan las Universidades y los hospitales replegándose en su consulta privada, o nucleándose en grupos de estudio. La posibilidad de seguir estudiando, fue una forma de balancear el clima de tensión social que se vivía. Algunos se sumergieron a través de la bibliografía en los desarrollos psicológicos que se estaban produciendo en el resto del mundo y otros viajaron en búsqueda de aquellos. La situación económica del país durante los años 70 y 80 va en creciente deterioro lo cual hace cada vez menos posible el acceso a tratamientos privados intensivos y prolongados. Las obras sociales y sistemas prepagos se van imponiendo. La amplia franja de la clase media que podía acceder al psicoanálisis se va estrechando. A la problemática económica se le suma la necesidad de los pacientes de

resolver sus problemas con mayor urgencia y la aceleración del ritmo cotidiano que hace difícil dedicar a la terapia varias horas en la semana. La problemática individual se enmarca en un clima social de ansiedad por el futuro del país. Después de varios años de gobierno militar en el año 1983 retoma la democracia. En el mundo psicológico, emergen con fuerza múltiples abordajes psicoterapéuticos que venían gestándose en los últimos años, y otros de larga historia en el país florecen con mayor esplendor. Surgen instituciones y asociaciones que desarrollan distintos enfoques psicoterapéuticos con abordajes individuales, vinculares, familiares, grupales. Las psicoterapias focalizadas comienzan a ser jerarquizadas. La psicoterapia sistémica en sus distintos modelos adquiere un lugar importante en poco tiempo, constituyendo en la actualidad un grupo numeroso y con aportes reconocidos en el país y en el exterior. Otras líneas encuentran un lugar frente a la demanda de la gente: gestalt, psicodrama, técnicas corporales, entre otras.

Junto con la diversificación y diferenciación de teorías y técnicas psicoterapéuticas se inicia un movimiento generalizado que cuestiona la rigidez en la adhesión a teorías y técnicas, apoyando una actitud clínica de mayor flexibilidad, integración, intercambio creativo y apertura frente a nuevos aportes y actualizaciones. En este contexto, la terapia cognitiva surge en el panorama actual como una alternativa valiosa.

En 1977 se funda el Centro de investigaciones Psicopatológicas, liderado por Héctor Fernández Alvarez y que constituye en la actualidad la Fundación Aiglé. Dicho Centro fue evolucionando desde un enfoque integrativo a su actual orientación cognitivo social.

A fines de 1987, Sara Baringoltz crea el Centro de Terapia Cognitiva de Buenos Aires.

Desde mediados de los ochenta, estos centros invitan a nuestro país prestigiosas figuras internacionales tales como Michael Mahoney, Vittorio Guidano, Arthur Freeman, Marvin Goldfried, Jeremy Safran, Leslie Greenberg, Paul Wachtel, Oscar Goncalves, etc. Profesionales de la Argentina viajan al exterior para formarse en distintos centros reconocidos y otros también son convocados para impartir formación en España y países de América Latina.

Se realiza entrenamiento en terapia cognitiva en el interior de nuestro país: Mar Del Plata, Bahía Blanca, Rosario, Bariloche, Córdoba, San Luis y otras ciudades importantes.

Posteriormente se funda el Centro de Terapia Cognitiva post-racionalista, dirigido por Juan Balbi y que sigue el modelo de Vittorio Guidano.

En la ciudad de la Plata, Herbert Chappa, dirige el CETEM, Centro de Terapia Multimodal de fuerte sesgo cognitivo.

En 1991 se funda la Asociación Argentina de Terapia Cognitiva que agrupa a profesionales interesados y capacitados en esta línea. Entre otras actividades, ha realizado hasta el presente numerosas jornadas gratuitas de actualización en Terapia Cognitiva en forma sistemática. Algunas de ellas fueron de discusión de casos y otras trataron diversos temas tales como: las emociones en terapia cognitiva, intervenciones en situaciones de crisis, trastornos alimentarios, el grupo como instrumento de la terapia cognitiva, el rol del terapeuta y la vida personal del terapeuta, psicoterapia cognitiva en niños y adolescentes, cambio y terapia cognitiva y clínica de la ansiedad. El objetivo de la Asociación es la difusión del pensamiento cognitivo.

En 1996, la Asociación Argentina convoca al 1er. Simposio Regional de Terapia Cognitiva del que participan colegas de Brasil y Chile. El evento, realizado en el auditorio Jorge Luis Borges de la Biblioteca Nacional, convoca a numerosos colegas del interior y de América. Este evento se caracteriza por el nivel de los trabajos presentados y la posibilidad de compartir una práctica profesional con gente perteneciente a marcos culturales semejantes.

El segundo Simposio Regional se realizó dos años después en Brasil, Gramado, contando con un importante público y el mismo espíritu solidario que el anterior.

En este momento estamos asistiendo al III Congreso Latino-americano de Psicoterapias Cognitivas y 1º Congreso Uruguayo de Psicoterapias Cognitivas en Montevideo Uruguay, y esperamos superarnos en la actividad científica y mantener el espíritu de los encuentros previos.

En los últimos años la Universidad de Belgrano desarrolla un máster en Psicología Clínica con orientación cognitiva. El mismo tiene una duración de 2 años y está dirigida por el Dr. Fernández Álvarez. Esta maestría tiene como objetivo formar profesionales capaces de comprender la mente y el comportamiento humano tanto en su funcionamiento saludable como psicopatológico, desde los aportes de la ciencia cognitiva, integrando las perspectivas biológica, psicológica y social.

En la Universidad Nacional en San Luis se está dictando la maestría en psicología clínica, mención cognitivo integrativa.

A continuación desarrollaré el tipo de entrenamiento que caracteriza a las instituciones del ámbito privado más reconocidas en Argentina dedicadas al enfoque cognitivo en psicoterapia:

Fundación Aiglé.

Postgrados de formación y entrenamiento en psicoterapia.

- Posgrado en terapia individual y grupal.
- Posgrado en terapia familiar Ackerman-Aiglé.

Asesor científico: Héctor Fernández Alvarez.

Los posgrados articulan la teoría y la clínica para la capacitación de terapeutas desde un enfoque cognitivo. El cuerpo docente está conformado por Héctor Fernández Alvarez, docentes de la Fundación Aiglé y profesores invitados extranjeros para cada una de las especialidades.

Los programas de 2 años de duración, incluyen:

- Cursos semanales teóricos-prácticos.

- Prácticas profesionales en admisión y asistencia supervisada.
- Seminarios, talleres y supervisiones internacionales.

• El entrenamiento se basa en los aportes de la psicología cognitiva al campo de la psicoterapia. Apunta al desarrollo de habilidades terapéuticas para llevar adelante una entrevista psicológica, decidir la pertinencia de la psicoterapia, formular las indicaciones, realizar el diseño de tratamiento en función de los objetivos terapéuticos, aplicar las técnicas de intervención y evaluar el curso del proceso. Para cada posgrado la formación y entrenamiento se orienta a las diversas aplicaciones de la psicoterapia: individual, familiar y grupal poniendo el énfasis en cada una de ellas según la especialidad del posgrado.

El título del posgrado en terapia familiar es conjunto con el Ackerman Institute for the Family de New York: “Postgrado en psicoterapia individual y grupal”.

En la ciudad de La Plata se dicta:

Curso de Capacitación en Psicoterapias cognitivas e integrativas. Director: Prof. Dr. Herbert J. Chappa.

Objetivos:

El curso “Terapias Cognitivas e Integrativas” tiene como objetivo formar en los desarrollos más recientes de las Psicoterapias Cognitivas, en cuanto a sus fundamentos, procedimientos y técnicas, así también como en sus aplicaciones clínicas en asociación con los avances de la psicofarmacología.

Esta propuesta integra estrategias psicológicas y biológicas que se juzgan de importancia para la adecuada formación del psiquiatra y del psicólogo, ampliando el espectro de sus abordajes clínicos y enriqueciendo su perspectiva general de la terapéutica.

Desarrollo.

El curso se hace completo que tiene una duración de tres años. Si bien hay correlatividad entre los temas su división modular permite que puedan ser cursados en forma independiente.

Está destinado a psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales y demás profesionales de la salud.

En el **CETEPO (Centro de terapia cognitiva postracionalista)**, institución dirigida por Juan Balbi) se brinda entrenamiento clínico desde el año 1993, a profesionales de la salud habilitados para ejercer la clínica psicológica: médicos y psicólogos.

Cuales son los objetivos específicos:

Entender en profundidad el enfoque pos-racionalista, y sus fundamentos teóricos y epistemológicos, así como los alcances de éste, como proposición explicativa de la experiencia humana.

Entender la psicopatología desde una perspectiva procesal sistémica y evolutiva. Esto significa: conceptualizarla como un modelo etiológico comprensivo que explica como el

interjuego unitario entre los procesos de identidad personal y vínculo afectivo, puede resultar en patrones disfuncionales específicos.

Lograr un manejo instrumental de las nociones básicas del enfoque postracionalista que le permita diseñar estrategias psicoterapéuticas y de intervención en los diferentes procesos disfuncionales, en pacientes con una problemática existencial, neurótica o psicótica, o una problemática de pareja.

Desarrollar destrezas de autoobservación y comprensión de sus propios procesos afectivos, fundamentales para que pueda operar sobre el paciente como perturbador emocional estratégicamente orientado.

Modalidad del entrenamiento.

El curso de posgrado en psicoterapia cognitiva postracionalista se lleva a cabo a través de un entrenamiento personal:

- La base del entrenamiento consiste en la reconstrucción de experiencia emotiva de cada uno de los alumnos y su reformulación, tanto por parte de los entrenados como de los docentes.

- Cada año se toma una temática diferente; el primer año se reconstruye lo que se ha dado en llamar la reconstrucción de experiencia inmediata en el repertorio actual, durante el segundo año se reconstruye la experiencia inmediata del estilo afectivo; y en el tercer año se reconstruye la experiencia inmediata en la historia del desarrollo. El 4º año consiste en supervisiones clínicas y, el mismo concluye con la presentación de dos casos clínicos tratados con el método autoobservacional.

- Se utiliza la metodología autoobservacional, la que incluye la técnica de la moviola.

- La supervisión sistemática de casos clínicos, presentados tanto por los docentes como por los alumnos.

- Discusiones teóricas de carácter no lectivo, debido a que estas son consecuencias de las preguntas y explicaciones que surgen del trabajo del grupo durante las sesiones.

El **Centro de Terapia Cognitiva** en Buenos Aires, Argentina, comenzó a funcionar en 1987. El grupo fundador estuvo formado por un conjunto de profesionales con más de 15 años de experiencia clínica y trabajo docente. Estos profesionales venían con distintos backgrounds de entrenamiento: psicoanálisis, terapia sistémica, psicodrama, gestalt, etc., lo cual proveyó un estimulante marco de enfoque multiconvergente. Partiendo de la famosa frase de Maslow “Si la única herramienta de la que uno dispone es un martillo; uno tiene a ver todo como si fuera un clavo”, tratamos de cuestionar los dogmas de las distintas líneas psicoterapéuticas y aprovechar la diversidad de backgrounds del grupo. De esta manera consideramos que la terapia cognitiva por su nivel de integración teórica y su eclecticismo técnico se constituía en un enfoque que reconciliaba las diferencias teóricas y técnicas del grupo.

Es interesante considerar el tipo de profesionales que se acercan a nuestra institución para formarse. También es interesante el tipo de pacientes que recibimos. La cultura psicológica predominante en Argentina, y especialmente en Bs. As., tanto en los terapeutas como en los pacientes (inmersos en ella a través de los medios de comunicación masivos: TV, revistas, periódicos, radio.) valoriza los “cambios profundos”. Sería esperable de acuerdo con esta cultura que los profesionales que lleguen al Centro de Terapia Cognitiva fuesen psicoterapeutas novatos que buscan técnicas rápidas para responder a las demandas de los pacientes. Sin embargo la realidad es muy distinta. Nos encontramos con que llegan profesionales de larga trayectoria y experiencia que han ido cambiando de enfoque teórico, gente con interés en nuevos aportes psicológicos y que siguen en la búsqueda de un enfoque teórico y técnico que los satisfaga en su nivel científico y que sea acorde con su estilo personal. Algunos están interesados en nuevos aportes que puedan integrar a su forma de trabajo y que impliquen respuestas a ciertas patologías y motivos de consulta. Si bien buscan terapias de mayor focalización que el psicoanálisis, no están fascinados por la brevedad de una terapia, sino que más bien jerarquizan el mantenimiento de resultados y la prevención de recaídas. Muchos terapeutas tienen una formación y un entrenamiento en terapias focalizadas tal como las corrientes sistémicas, y buscan aportes que completen en un trabajo intrapsíquico el manejo de lo interaccional.

Hemos observado que el tipo de pacientes derivados al Centro, en su mayoría han pasado por más de una experiencia terapéutica con poco éxito. Por lo tanto, se acercan buscando un aporte distinto para su problemática. Pareciera que en el transcurso de la terapia los pacientes se muestran muy motivados por las características del terapeuta que trabaja en una línea cognitiva: la no pasividad, el compromiso personal, el vínculo empático y cálido, y por ciertas características de las sesiones en cuanto al trabajo en equipo y a la adquisición de autonomía por el paciente para afrontar sus problemas en un futuro. Algunas frases típicas y significativas de asombro y duda que la terapia cognitiva produce en los pacientes son: “me sorprende que Ud. me hable”, “¿si no sufro me voy a curar?”, “menos mal que Ud. no insiste sobre mi pasado”, “¿con una vez por semana podría mejorar?”, “Ud. me trata como a una persona, no como si fuera un caso”, “si me vuelvo a deprimir creo que sabría como hacer para que no sea tan doloroso como lo fue anteriormente”.

El objetivo del Centro es una actualización científica en psicoterapia desde una postura antidogmática. Es de resaltar que incluimos el aporte cognitivo a una conceptualización más amplia de la psicoterapia, y que consideramos que trabajamos en forma integrativa en el sentido de que cada terapeuta trata de lograr una síntesis personal. Consideramos que la psicoterapia es un proceso de co-construcción entre terapeuta y paciente, teniendo en cuenta que cada paciente es único y cada relación terapéutica es distinta a otra. No nos ceñimos a un aporte específico dentro del cognitivismo. Cada paciente es una experiencia singular en la que el terapeuta elabora una estrategia diferente para llegar a objetivos compartidos.

Formación de terapeutas

A partir de 1988 iniciamos un curso de postgrado con una duración de dos años dirigida a profesionales de la salud mental que han finalizado su carrera universitaria. Este curso denominado “Enfoque cognitivo en psicoterapia contemporánea” se desarrolla entre abril y diciembre.

Contenido temático:

- Características del enfoque cognitivo en psicoterapia, su relación con la filosofía y la psicología.
- Evolución del conductismo y del psicoanálisis. El concepto de cognición como puente entre ambos.
- Distintos aportes en psicoterapia cognitiva.
- Modelo cognitivo de la depresión.
- Empirismo colaborativo. Autoterapia ampliada. Escalas de evaluación.
- Esquemas.
- Planificación de objetivos.
- Abordaje del paciente suicida.
- Psicofarmacología.
- Problemas técnicos.
- Niños, adolescentes, familia.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos de personalidad.
- La persona del terapeuta.

Algunos autores que forman parte de la bibliografía son Beck, A.; Ellis, A.; Meichenbaum, D.; Freeman, A.; Goldfried, M.; Mahoney, M.; Safran, J.; Greenberg, L.; Young, J.; Guidano, V.; Feixas, G.; Gonçalves, O., por citar algunos.

Partiendo de la base de que el aprendizaje es un proceso dinámico y activo entre el que enseña y el que aprende tratamos de integrar la teoría cognitiva con la aplicación clínica y la participación vivencial. De ésta manera el curso se desarrolla a través de:

- * Clases teóricas con posibilidad de planteamiento de preguntas;
- * Role-playing de entrevistas (con casos clínicos traídos por docente o alumnos).
- * Análisis de entrevistas grabadas.
- * Planificación de estrategia psicoterapéutica de un caso clínico).
- * Utilización de videos (por ej.: primera entrevista).
- * Discusión de casos clínicos.
- * Supervisión de casos.

* Trabajo con el estilo cognitivo del profesional.

* “Juegos cognitivos”: su objetivo es vivenciar a través de ellos a) qué es la terapia cognitiva, cuáles sus bases teóricas b) cómo se la aplica. A partir de estos juegos el participante puede vivir la experiencia de cómo las emociones se modifican en interacción constante con ideas y conductas. Notamos que partir de la experiencia para llegar a una conceptualización del modelo constituye una excelente vía de acceso al entrenamiento. Detengámonos en un ejemplo de juego para conceptualizar el modelo teórico de las emociones, la relación entre pensamiento-emoción y conducta y una combinación múltiple de técnicas. Se dramatiza con los participantes una situación en la que reciben una carta. Esta proviene de Australia y contiene un ofrecimiento laboral para trabajar en una pequeña ciudad a 200 Km. de la capital. El sueldo ofrecido triplica el que actualmente recibe la persona destinataria de la carta. El contrato es por 5 años. La decisión de aceptar o no el ofrecimiento debe ser tomada en 15 días. Se pide a las personas desde el rol del que está leyendo la carta que efectúen un registro por escrito de la emoción o emociones predominantes que sienten al leer la carta, el monto de la/s misma/s en una escala de 0 a 100 considerando que 100 es el máximo de intensidad. A continuación se les pide que anoten los pensamientos o imágenes que aparezcan. El paso siguiente consiste en que el docente elige una técnica de relajación para aplicarla a los participantes, combinándola con una de imaginación hacia el final del proceso de relajación. La consigna en ese momento es: “traten ahora, en este estado de relax, de visualizar imaginariamente tal como si fueran distintas películas, distintas posibilidades de vida en esa pequeña ciudad; imaginen cómo sería la vida allí, qué sentirían, qué pensarían...” Al terminar el período de relajación e imaginación, se pide a los participantes que anoten en sus registros alternativas de conducta a seguir antes de tomar la decisión de aceptar o no la propuesta laboral. Finalmente se vuelve a evaluar, siguiendo la escala de 0 a 100, la intensidad de la emoción inicial en el momento actual: “traten ahora de evaluar el estado actual de la emoción que sentían al principio y ubicarla nuevamente en la escala de 0 a 100”. En un registro elegido al azar entre los participantes encontramos:

| EMOCION | PENSAMIENTOS E IMAGENES | ALTERNATIVAS DE CONDUCTA . EMOCION SEGUIR ANTES DE LA DECISION | EMOCION |
|-------------------------|--|---|-------------------------|
| Miedo puntaje: 90 | Pienso en que no voy a poder desempeñarme bien. Me veo sin amigos. ¿Qué haré con mi familia? ¿La podré llevar? Pienso que es una oportunidad de vida que vale la pena. | Pedir más información sobre las características de la ciudad, el tipo de gente, de ambiente laboral, posibilidades para mi familia. Consultar la propuesta con mi familia. | Miedo Puntaje: 45 |

El comentario acerca de los registros de los participantes permite al docente explicar la íntima conexión entre una emoción y las cogniciones. Así, si alguien piensa en un futuro desempeño con posibilidad de fracaso, se imagina solo, y no sabe que será de su vida y la de sus familiares en una ciudad desconocida, el correlato esperable es el miedo. No aparecería esta emoción si alguien piensa: “qué suerte; es la propuesta que esperaba en mi vida. Me veo feliz, ésta es la solución para los problemas económicos de mi familia”.

La vivencia de los participantes permite experimentar el modo en que una serie de técnicas tales como la relajación, la imaginería, las escalas, el registro, las alternativas, entre otras, puede cambiar el enfoque de un problema y correlativamente la intensidad de una emoción. Desde luego esta combinación de técnicas es variable según las situaciones planteadas y depende en gran medida de la formación del docente o terapeuta y de su capacidad creativa.

Hemos desarrollado una serie de “juegos cognitivos” adecuados para el entrenamiento en distintos puntos del programa: técnicas específicas, manejo de las emociones del terapeuta, manejo de situaciones críticas (por Ej. el peligro de suicidio).

Si bien esta técnica no es totalmente novedosa, y se acerca en parte al uso de la dramatización y/o técnicas gestálticas para la posibilidad de entrenar en experiencias, consideramos que la idea de “juego cognitivo” tiene que ver con el concepto de “aprender jugando” aplicado a la autopercepción acerca de como se van produciendo los cambios en los procesos cognitivos y en las emociones involucradas.

Algunas premisas importantes que tratamos de transmitir en el entrenamiento de profesionales son las siguientes:

- Tenemos como meta que los terapeutas tengan una formación amplia en los distintos enfoques, valorando tanto las terapias de reestructuración cognitiva como los enfoques más constructivistas.
- La modalidad de trabajo es integrativa ya que se incorporan los aportes cognitivos al estilo personal y a la experiencia previa. La integración se realiza desde el terapeuta.
- Representamos el proceso terapéutico con una metáfora: un viaje. Lo planeamos, consideramos la posibilidad de que incluya distintas etapas, con distintos abordajes según los objetivos y con la posibilidad de cambiar el itinerario si lo consideramos adecuado.
- Consideramos fundamental desarrollar la capacidad creativa de los terapeutas utilizando la combinación técnica más adecuada dentro de una experiencia emocional vincular específica para el logro de objetivos.
- El terapeuta no es un observador ni un conductor neutral del proceso. Su persona está involucrada en el vínculo y en la dirección del cambio. Esta premisa nos ha llevado a introducir en el entrenamiento de profesionales un tipo de supervisión especial centrada en el terapeuta. Este trabajo lo realizamos en grupo. La temática central de estos grupos es el eje de intersección en el cual se cruzan las creencias del terapeuta y las del paciente. El objetivo es a través de la dinámica grupal, provocar en el terapeuta una disonancia que le

permita desempantantar aspectos del caso supervisado y una re-estructuración de aspectos de su sistema de creencias. La modalidad grupal permite la aparición de alternativas teniendo en cuenta la visión de los distintos integrantes que aportan sus propias construcciones. El rol del coordinador es el de orientar el trabajo, manteniéndolo en el punto óptimo de balance entre un trabajo terapéutico y uno de supervisión clásica, centrándose en la profundización y movilización de aquellos esquemas del terapeuta que se activan e influyen en el trabajo clínico.

Considero que este tipo de trabajo es uno de los aportes más originales que hemos desarrollado en el tema de entrenamiento de profesionales. Dado que múltiples investigaciones señalan que la incidencia de la persona del terapeuta en el proceso terapéutico es varias veces superior a la incidencia del enfoque teórico y técnico utilizado, considero que las características de este tipo de supervisión brindan la posibilidad de ser más concientes de nuestra persona como herramienta de trabajo; más consistentes entre nuestra vida personal y profesional, y más flexibles en el posicionamiento terapéutico.

Debemos considerar también el hecho de que los modelos cognitivos no se pueden extrapolar sin adaptación a otra cultura. Así por ejemplo nos encontramos con algunas dificultades propias de una cultura distinta:

a) Los pacientes no están acostumbrados a focalizar y resolver problemas. Creemos que esto tiene que ver con que están inmersos en una sociedad que no está orientada a resolver problemas de un modo sistemático, organizado y con planes a corto y largo alcance. También debemos considerar la influencia de la cultura psicoanalítica tradicional que promueve el discurso libre y no la focalización.

b) A los pacientes les cuesta realizar tareas terapéuticas fuera de las horas de entrevista. La actitud es de dependencia y pasividad esperando recibir cura durante la sesión. Les resulta difícil hacer el esfuerzo de seguir trabajando terapéuticamente durante la semana.

A partir de las dificultades planteadas en los puntos a) y b) tenemos en cuenta algunas consideraciones en la implementación de la terapia cognitiva en nuestro medio:

1) El período de socialización de los pacientes puede ser más prolongado. Enfatizamos en la socialización: a) la focalización y la jerarquización de problemas a ser tratados y b) la autoterapia ampliada, o sea las tareas terapéuticas más allá de la hora de consulta.

2) Utilizamos la ejemplificación y entrenamiento durante la sesión de las tareas sugeridas para el intervalo entre una entrevista y la siguiente.

3) Los contenidos informativos, como por ejemplo bibliografía para pacientes son leídos y/o comentados con el terapeuta, ya que el paciente por sí mismo difícilmente lo leerá.

4) La colaboración del paciente a los fines de investigación es muy difícil.

5) El tratamiento estándar de 16 a 20 sesiones es solo aplicable a un número reducido de pacientes. Tratamientos más prolongados son requeridos, no solo por trastornos de personalidad que lo hacen indispensable, sino también por características de una población que tiene un ritmo más lento para llegar a objetivos terapéuticos.

6) En muchos casos terapeuta y paciente plantean un recontrato por un período más largo de tratamiento con nuevos objetivos. En otros el fin del tratamiento es gradual ampliando progresivamente los períodos entre una sesión y otra. Es de considerar que estas modalidades tienen que ver en parte con estrategias psicoterapéuticas, pero también mucho con las características del vínculo terapéutico similar a otros vínculos en nuestro medio.

Por último quisiera enfatizar en el tema entrenamiento del terapeuta un concepto desarrollado por Mahoney y con el que adhiero totalmente: el cuidado de la salud del terapeuta. Creo que no solo tenemos que centrarnos en lograr una mayor eficacia en la formación de profesionales, sino que también es nuestra responsabilidad no olvidar el cuidado del que está cuidando a otros.