

¡SON LAS FORMAS, ESTÚPIDO! EN BUSCA DE LAS CLAVES DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA DESDE LA GESTIÓN DE LA INSATISFACCIÓN

Antoni Corominas Díaz, Hospital de Mollet, España

Resumen: *Se analizan los elementos que podrían considerarse nucleares en la relación entre profesionales y pacientes en el campo de la salud mental y el diseño de estrategias encaminadas a una exitosa alianza terapéutica. A partir de datos procedentes de encuestas en este ámbito y del estudio de los principales motivos de queja de los pacientes se pone de manifiesto la importancia de los aspectos relacionados con la comunicación y que radican en elementos formales y de actitud. Se condensa el fracaso de la relación terapéutica en un punto de no retorno en que el paciente percibe una suerte de «maltrato» formal con un escaso «esfuerzo» o implicación por parte del profesional. Se construye un posible modelo de pirámides invertidas en las respectivas jerarquías de valores de profesionales y pacientes para ilustrar el peso diferencial que comportan los elementos de la tríada trato-formas, actitudes-habilidades empáticas y conocimientos-técnicas. Se sintetizan tres grandes paradojas que resumen las fisuras actuales en la relación terapéutica: hiperespecialización de Servicios para proporcionar elementos básicos de escucha y calidez; demanda de atención centrada en problemas cotidianos o aparentemente banales (patología «menor» o adaptativa) pero que requieren de mayor tiempo y habilidades que los trastornos graves; establecimiento de un vínculo firme y provisión de sintonía, proximidad y empatía como pilares de una buena relación terapéutica pero que asimismo entrañan el riesgo de dependencia y la dificultad en el establecimiento de límites.*

Palabras clave: alianza terapéutica, relación terapéutica, satisfacción del paciente, calidad asistencial, habilidades de comunicación en salud mental, gestión de las quejas en salud mental.

Abstract: *The aim of this study is to determine the core factors of the therapeutic relationship in mental health, and therefore, the basis of a successful therapeutic alliance. The source of data analyzed includes surveys of patient satisfaction and the study of the main causes of patient's complaints. Communication skills, attitudes and manners emerge as essentials when it comes to satisfactory relationships. The failure of the therapeutic alliance arises when patients feel that they have been roughly or wrongly treated and, even more, when they perceive a lack of involvement or effort by the therapist. A model of inverted pyramids is postulate in order to describe the apparently divergent values of patients and therapists. These include knowledge-technical skills, attitudes-empathy, and forms-manners. Also, three paradoxes are described that summarize the main challenges in the current framework of the therapeutic relationships.*

Keywords: therapeutic alliance, therapeutic relationship, patient satisfaction, quality of care, communication skills in mental health, complaints management in mental health.



LA PARADOJA que subyace a la exclamación del título (parfraseando a la del asesor de campaña de Clinton cuando derrotó a Bush padre: «Es la economía, estúpido»)¹ nos sirve como punto de partida para reconsiderar la idoneidad de los abordajes terapéuticos que, en su ambición, pierden de vista aspectos aparentemente banales pero quizás esenciales, a la par que ilustra la futilidad de los planteamientos cada vez más complejos o hiperespecíficos que traslucen algunas líneas de investigación en psicoterapia o, en sentido más amplio, en la tortuosa relación médico-paciente.

El camino que se sigue para identificar las claves de una buena terapia se aleja —o se olvida— a menudo de los principios a los que a la postre se acaba recurriendo para explicar las razones fundamentales de la vinculación y el éxito terapéutico. En la tormenta del encuentro entre profesional y paciente naufragan las posturas rebuscadas, las habilidades impostadas, los conocimientos *galácticos* o la tecnología ultrasofisticada. Sobreviven aquellos elementos que acabamos denominando esenciales de esa nebulosa de la experiencia, capacidad empática, actitud comprensiva, escucha acrítica... en definitiva, aspectos que *a priori* proporcionarían un marco adecuado para que la novela que va a escribirse en esa relación terapéutica encuentre sus puntos de apoyo, su gramática.

El análisis de las cuestiones clave en psicoterapia suele partir de posturas pretendidamente ambiciosas, acentuando la importancia de determinada técnica altamente estructurada y cuya modificación se autoatribuye el descubridor de turno, situándose en un punto del horizonte un poco más avanzado que el del resto de correligionarios para, desde allí, dar luz al oscuro camino de la terapia. El problema es que el púlpito desde donde se nos ilumina está sobre bases pantanosas que aportan escaso valor añadido y al final, o nos ahogamos todos en esas técnicas «novedosas» o queda sólo el nombre y apellidos del descubridor en cincuenta mil artículos en revistas especializadas. Pero no ha servido para nada a nadie, en un ejemplo más de que empezar la casa por el tejado no es la mejor receta, y menos en psicología o medicina.

Los modelos psicoterapéuticos acaban basculando sobre el binomio cognición-afecto, poniendo mayor énfasis en el control del uno sobre el otro o viceversa (según una evolución histórica pendular donde los aspectos culturales y la psicofarmacología tienen su influencia), complicándose con las múltiples combinatorias que resultan al añadir a esos dos elementos el de la conducta y el ambiente (estímulos, acontecimientos vitales). Si a ese cóctel le sumamos el factor *memoria* (con la magia correspondiente que colorea, deforma o inventa a partir del histórico vital acumulado) tenemos el cuadro completo, que puede transformarse o adaptarse con infinitas posibilidades según las preferencias o el ingenio de cada uno. Desde el punto de vista epistemológico, no deja de ser un ejercicio de cierta modestia, o de asunción de limitaciones por parte de los creadores de los grandes modelos, corrientes o escuelas psicoterapéuticas, la vuelta recurrente a estos grandes ejes, la revisión sin más del acento en alguno de esos factores, como único método para avanzar (o quizás dar vueltas sobre sí mismo).

Asumidas las limitaciones de los aspectos de «contenido» o de mayor sustancia teórica, pasamos entonces al descubrimiento de las actitudes y habilidades comunicacionales: la gestión de la interacción entre personas, donde la pericia radica en

¹ James Carville, «The economy, stupid». Mensaje del asesor de la campaña electoral de Bill Clinton para poner énfasis en aspectos más vinculados a las necesidades básicas y cotidianas de la ciudadanía.

la capacidad de hacer sentir cómodo al paciente, de conducirlo hacia una apertura de sus poros que ventile emociones, redescubra o redefina significados, reescriba su guión mediante una adecuada estructura de su narrativa vital a la que ayudamos con nuestra empatía, nuestra calidez, nuestros silencios o, en definitiva, corrigiendo la gramática del borrador que nos presenta. O más humilde y exactamente, la ortografía de ese texto al que le sobran o faltan acentos, o donde se han emplazado erróneamente las comillas o los subrayados, clarificando la puntuación y si acaso añadiendo algún paréntesis.

Pero el destilado de ese material, de la esencia del «momento terapéutico» aún va más allá y, de acuerdo con el modelo que propugna Kahn (2008), acaba encontrando su *quid* en las meras formas. Ya no hablamos de la habilidad para mostrarse seductor o empático, o de proporcionar sensaciones positivas o calidez, no. Simplemente de actuar con corrección, mostrando el respeto al que la interacción social *educada* obliga. Claro que aquí habría que considerar el repertorio de convenciones o signos socialmente correctos en cada cultura. Pero, cuando menos, la insistencia de Kahn en este sentido parece conectar con la realidad y podemos contrastarla en nuestras Unidades de Atención al Usuario.

Kahn se plantea que, en principio, se asume que la situación óptima sería la de una perfecta sintonía con un médico comprensivo, sensible, empático, pero ¿podría el paciente estar satisfecho con un profesional que simplemente se comporte adecuadamente? Según este autor, las críticas de los pacientes no suelen tener relación con el sentimiento de no ser comprendidos o con la falta de empatía, y en cambio sí con elementos del tipo «él sólo miraba a la pantalla de ordenador», «nunca sonrío», o «no tengo ni idea de con quién estaba hablando». Así, diríase que a los pacientes no les preocupa tanto que los profesionales que les atienden sean capaces de ponerse en su lugar o sean persuasivos y empáticos como que se muestren respetuosos y atentos.

Esta visión anglosajona de la *corrección* posiblemente se ampare o en cierta medida refleje la economía formal, la austeridad y ausencia de florituras, el predominio monosilábico del vocabulario de la lengua inglesa y su sintaxis más simple y concisa, en comparación con la complejidad y elevado número de subordinadas por párrafo de los textos en español o francés. Aunque bien es cierto que con esa «economía» lingüística quizás no hubiera sido posible la riqueza fenomenológica centroeuropea que también tuvo su expresión en nuestro medio con la versión existencialista-fenomenológica de Martín-Santos, la verbalización del propio proyecto vital que se hace viable precisamente en el momento en que la relación terapéutica permite su expresión, materializa el plan o la hoja de ruta. Martín-Santos subraya la importancia del compromiso del individuo con su destino, el cual no sólo es aceptado sino que en esa asunción se impregna de la ilusión o la valentía de la libertad, en su sentido más sartriano: «convertido de esclavo de su destino en inventor de su proyecto, el hombre deviene un ser trascendente» (Martín Santos, 1964).

Y aquí es donde se ubica el sentido terapéutico de la narrativa de la particular peripecia vital, como ha señalado Lázaro (2003), la maravilla de reelaborar y contar la propia «película», y visualizarla en la terapia, que casi nos remite a la magia del séptimo arte o a comprender el éxito perenne y masivo de la novela por encima de cualquier otra expresión literaria. El individuo debe formular su propio guión, pero para ello debe sentirse lo suficientemente respetado, válido, importante, y eso empieza en la delicadeza y discreción del saludo inicial o la primera mirada. Así, las puntualizaciones de Kahn no serían tan banales y quizás representen un fundamento

más sólido de lo que de entrada se pueda pensar (y quizás no tan fáciles de aplicar, en contra de lo que a simple vista pueda parecer).

Salvando las distancias con los planteamientos anglosajones, parece que nuestros conciudadanos, los pacientes que atendemos a diario, compartirían esencialmente el énfasis en los puntos fundamentales de corrección y respeto, como veremos más adelante, cuando se trata de reivindicar lo que consideran básico o cuando se sienten «maltratados» hasta el punto de plantear una queja formal. El individuo que se somete a una entrevista terapéutica acude con una expectativa de profesionalidad y capacidad «técnica» solvente por parte de su interlocutor (médico, psiquiatra, psicólogo...), pero lo que hace que se rebelde o se queje no es habitualmente la frustración de esa expectativa de resolución o «cura» especializada de su problema. Cuando esa frustración se produce, el sujeto es capaz de disculpar, aceptar, resignarse o incluso aprender de ese desengaño, pero lo que le subleva no es la falta de «profesionalidad» entendida como un elevado nivel de conocimientos y técnicas (*expertise*). Sí que le puede empezar a molestar, aunque tampoco constituirá lo esencial, la escasa habilidad persuasiva o empática. Pero sobre todo, la persona no puede aguantar que le traten con poco respeto, que no le saluden con un mínimo de amabilidad, que desprecien su punto de vista, que le interrumpan o no atiendan mínimamente a su criterio, a su versión. Lo que realmente le hierde es que su dignidad haya sido menoscabada por prejuicios, quizás por sentimientos de superioridad del terapeuta, o simplemente por su falta de educación o, lo más probable, porque éste no ha considerado que su arsenal terapéutico estriba en empezar por reconocer al otro como a un igual. Comenzar a construir la relación terapéutica por los detalles, la denostada cortesía básica (no las alambicadas o azucaradas buenas maneras superfluas), la honestidad y modestia que se percibe en la ausencia de manifestaciones altivas, la transparencia en las explicaciones empezando por la claridad en el lenguaje utilizado... Esto son formas, maneras, no otra cosa. Pero tan importantes como para representar los fundamentos de lo que después pueda fructificar en un éxito terapéutico más trabajado y complejo. La clave de Bordin (1979) para una buena alianza terapéutica (la construcción de un vínculo personal entre paciente y terapeuta tras haber sido ambos capaces de fijar unos objetivos y una forma de conseguirlos) no puede aparecer si no se parte de ese respeto «formal» inicial. Y no sólo desde postulados psicodinámicos, sino también desde el modelo cognitivo-conductual (Andrusyna y cols., 2001), parece haber consenso en que los determinantes de la buena marcha de esa relación radican en la confianza mutua y la sensación del paciente de que es apreciado y valorado como persona por parte del terapeuta. La investigación en este campo, como señalaba Howe (1999), abunda en la evidencia de que la relación puede ser curativa en sí misma, y que habría elementos de la relación terapéutica comunes a todas las terapias.

Sin otra pretensión que la de aportar elementos para la validación de algunas de estas premisas en nuestro contexto, aunque limitándonos a la valoración de las quejas del paciente insatisfecho, analizaremos dos fuentes de datos. En primer lugar, los resultados de un análisis de las quejas y solicitudes de cambio de profesional en un Centro de nuestro medio, y posteriormente, las conclusiones del estudio realizado por el *Departament de Salut* de la Generalitat de Catalunya.

Analicemos las quejas y peticiones de cambio de profesional por parte de los pacientes a lo largo de 7 años, en un Centro de Salud Mental.² Observamos en la figura 1

2 Análisis del seguimiento efectuado por el autor en el Centro de Salud Mental de Mollet.

que los motivos pueden agruparse en cuatro grandes grupos, y que en la mayoría de los casos el motivo de queja es la percepción de una actitud o unas formas poco correctas o empáticas, y añadiríamos que poco «esforzadas», ateniéndonos a la descripción que realizan los pacientes de las situaciones que les han resultado más desagradables.

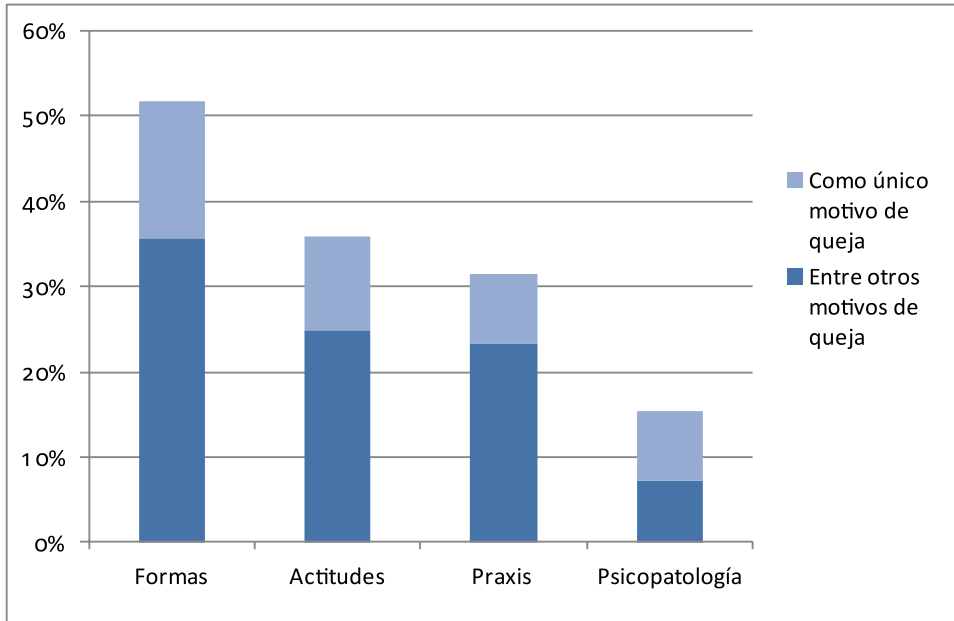


Figura 1. Motivos de queja o petición de cambio de profesional a lo largo de 7 años en un Centro de Salud Mental comunitario. n = 137.

Los tres grandes bloques en los que se concretan las quejas son los siguientes: «formas» (trato percibido como inadecuado o irrespetuoso, no educado, expresiones desafortunadas...), «actitudes» (actitud de escaso interés, falta de empatía, falta de confianza, sintonía; prepotencia, aparente desprecio hacia aquello que preocupa al paciente) y «praxis» (errores supuestos o reales en el tratamiento médico o psicológico; discrepancias en diagnóstico, informes, enfoque del caso, gestión de las visitas en cuanto a tiempo, frecuencia, etc.). Hemos añadido un cuarto bloque, para identificar a las quejas en cuya base queda clara la presencia de una descompensación psicopatológica (o en la que los elementos patológicos parecen determinantes en la valoración de la situación por parte del paciente).

Las expresiones que ilustran las quejas correspondientes al primer grupo (*formas*) serían del tipo «ni me mira, está haciendo dibujitos o mira la pared», «está todo el rato mirando la hora», «no me deja hablar», «no me escucha», «me dice que esto a él/ella no le ocurre», «me dice que lo que tengo no tiene importancia».

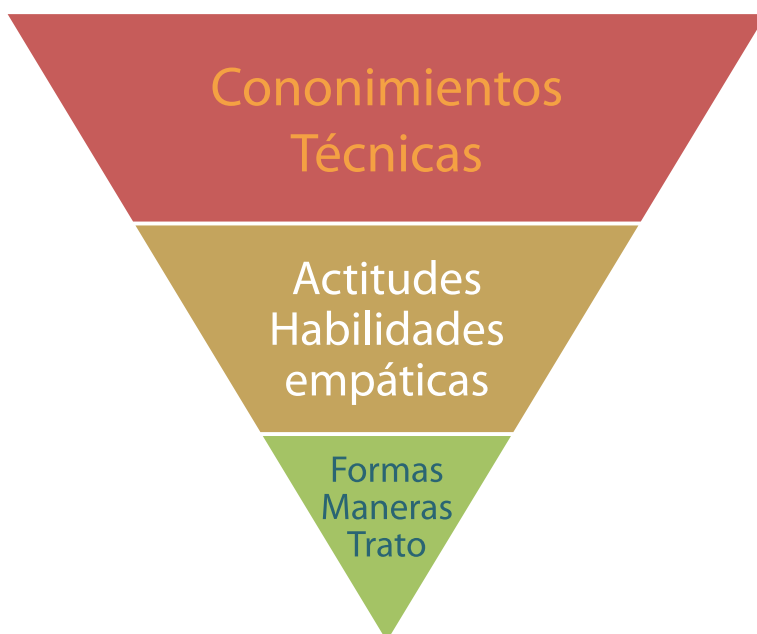
En el segundo grupo (*actitudes*) encontraríamos manifestaciones como las siguientes: «no me entiendo con él/ella», «salgo peor, como censurado/a», «no conecto», «no es humano/a», «no da importancia a lo que realmente me afecta», «no me atrevo a decirle según qué cosas».

Y en el tercer grupo (*praxis*) hallaríamos quejas de «ineficacia» o «incompetencia», «mala praxis».

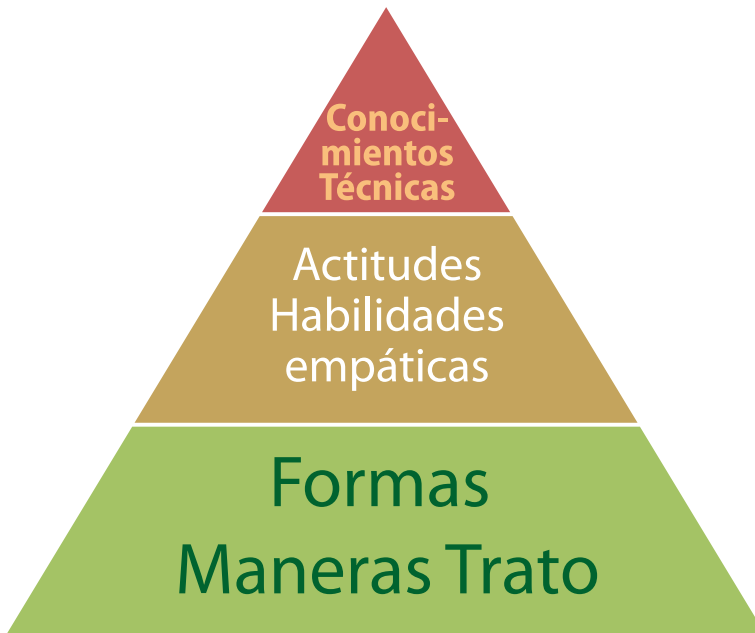
Tal como señalábamos y vemos en la gráfica, los aspectos «formales», ya sea como motivo específico de queja o junto con otros motivos, constituyen el grupo más representado, de manera que están presentes en más de la mitad de las quejas. Y si agrupamos los aspectos formales y de actitud vemos que prácticamente el 90% de las quejas incluyen alguno de estos elementos.

Al analizar estos datos con los profesionales implicados, sorprende en general la escasa percepción de haber cometido algún error y la minimización de estos aspectos, parece a veces que no se incluyeran dentro del catálogo de prestaciones o no formaran parte de lo que uno considera su profesionalidad. En general, cuando realizamos sesiones clínicas o discutimos sobre los pacientes nos centramos en las discrepancias diagnósticas o en la adecuación de un determinado tratamiento. Parece que lo único que valoramos dentro del prestigio profesional (en nosotros mismos y en nuestros colegas) sea la pericia diagnóstica o los conocimientos y habilidades técnicas (y nos duele si se nos contradice en nuestra orientación del caso), pero no los aspectos comunicativos y empáticos, y los detalles que afectan a cómo nos percibe (o percibe a un colega) determinado paciente. Y, además, de esto no hablamos entre nosotros. Hay escasa predisposición a aceptar ideas nuevas en este campo o a pensar que se puede modificar el fatalismo de «yo soy así» o «lo hago de esta forma...».

A partir de los datos que hemos analizado podríamos construir las dos pirámides siguientes para ilustrar lo que a nuestro modo de ver sintetizan las visiones, sino opuestas, complementarias, del profesional y del paciente en la jerarquía de los principales aspectos que deberían guiar la práctica clínica:



Jerarquía de valores en la práctica clínica: visión del profesional



Jerarquía de valores en la práctica clínica: visión del paciente

La jerarquía es la misma: hay acuerdo en los elementos más importantes, que están en la cúspide de la pirámide. Pero el peso, el impacto final en el *todo* de la relación terapéutica, es muy distinto según la perspectiva del tratado o el tratante. El profesional tiende a banalizar los elementos formales, de actitud, comunicacionales, a dar por sentado que está preparado en este sentido (que no formado, ya que estos elementos están prácticamente ausentes de los planes docentes) y no puede entender que se le cuestionen esas banalidades, o que eso pueda enmascarar lo esencial, lo que se halla en la parte superior. Cuanta más desproporción haya entre la cúspide y la base de esa pirámide, más rápidamente se caerá. Cuantos más conocimientos haya, si es en detrimento de las formas, menos aplicables serán. ¿De qué nos sirve el médico mejor formado y más brillante si se queda sin pacientes? El paciente valora —a veces sobrevalora— los aspectos de la base y es más capaz de entender o disculpar limitaciones «técnicas», incluso errores, si el elemento formal y comunicativo transmite honestidad y esfuerzo responsable.

En relación al estudio de la visión de los ciudadanos sobre la atención sanitaria (Fusté, 2007), en este caso no circunscrita a los dispositivos de salud mental, pero, como veremos, con conclusiones altamente coincidentes con los datos anteriores, destacan de forma muy potente dos elementos:

- Aspectos «comportamentales»: las conclusiones del estudio señalan que «los usuarios aluden a experiencias de maltrato y desconsideración. Reivindican, pues, un trato adecuado, denuncian malas actuaciones por parte de algunos profesionales en todo lo relativo al trato. Denuncian la deslegitimización que sufren ante los profesionales, la falta de credibilidad: desearían verse reconocidos como personas y agentes competentes, en su consideración ética, moral

y política, como interlocutores válidos, aspecto que no siempre garantiza el sistema. Subrayan la importancia que para ellos tienen todos los comportamientos que implican renuncias, impotencia, desprotección, desorientación, subterfugios, miedo y temor. Por otro lado, reconocen aspectos positivos de los profesionales sanitarios como son el compromiso, la responsabilidad, la competencia, la consideración, la buena disposición, la modestia, la confianza, la empatía. Valoran especialmente que se les confiera credibilidad a sus aportaciones experienciales relativas a la vivencia de su situación en el ámbito de la salud».

- Aspectos «informativos y comunicacionales»: según el estudio, «la información que se da al usuario por parte del profesional y la forma en que se realiza este proceso hacen que el usuario aprecie que se encuentra en una posición central o marginal en las decisiones que afectan a su proceso de salud. Los usuarios identifican que el traspaso de información se da de forma abrupta y con escasa inteligibilidad. Detectan una falta global de escucha por parte de los profesionales y del sistema sanitario. Este déficit tiene como consecuencias percibidas el sentirse desplazados, ignorados e incluso invalidados como agentes que toman decisiones sobre su salud».

En el ámbito asistencial de los últimos años se producen tres fenómenos paradójicos íntimamente relacionados, que resultan una metáfora de parte de lo que hasta ahora hemos analizado, y que quizás expliquen un poco ese aparentemente distanciamiento entre pacientes y profesionales que traslucen los datos hasta ahora expuestos. O cuando menos puedan valorarse en descargo de estos últimos ante la retahíla de «acusaciones» que hemos mencionado. Vamos a sintetizar las tres paradojas:

1. El paciente quiere dispositivos y profesionales especializados y muy cualificados para que le proporcionen escucha, tiempo y calidez, elementos que son una parte de la praxis médica, pero que llevados al extremo al que estamos asistiendo por parte de la demanda actual se reducen a su componente «visceral-dionisiaco» y no tendrían por qué ser suministrados exclusivamente desde (o especialmente desde) los recursos terapéuticos especializados (o quizás ni tan solo desde los recursos terapéuticos en general). La expectativa del usuario es a menudo la de gozar de algunos minutos más de entrevista, y más que de entrevista, de escucha activa, y más que de escucha activa, de simple escucha. Lo que busca hoy un sector significativo de los usuarios de la sanidad no son sabios consejos o pautas basadas en una terapia estructurada que implica además un esfuerzo importante para ambas partes. La versión moderna de la entrevista clínica es una especie de hedonismo terapéutico con una dosis de escucha más o menos empática de forma gratuita (léase: sin implicar ninguna co-responsabilidad), el suministro de comprensión y tiempo por parte del profesional, que a cambio quizás reciba sólo un poco de respeto, ya que el paciente no suele estar dispuesto ni tan siquiera a realizar un esfuerzo para modificar su conducta ante alguna insinuación de rectificación.
2. La demanda de atención se basa en la preocupación por aspectos que tienen que ver con la vida diaria, el abordaje los problemas relacionales y circunstanciales, aparentemente comunes a todos los mortales y por tanto de una complejidad en principio baja. No se trata de pacientes con enfermedades men-

- tales graves, raras o de difícil diagnóstico. Pero en realidad estas cuestiones suponen un serio hándicap para el profesional, ya que implican un análisis de diversos aspectos a veces difíciles de equilibrar (personalidad del paciente, peso específico de los acontecimientos vitales, trayectoria del individuo, estudio de su entorno inmediato), requieren de un tiempo mayor que otros tratamientos, implican una madurez y experiencia vital en el terapeuta, así como una constante adaptación a los diversos tipos de interlocutores (para empezar, en los aspectos formales a los que hacemos referencia), de manera que al médico o psiquiatra se le exige una habilidad camaleónica.
3. La buena gestión de estos casos pasa por la empatía, la donación de cierta comprensión y escucha activa, así como el esfuerzo de una implicación en el caso, lo que permite suministrar la sensación de apoyo en el paciente y asimismo habilita al terapeuta para proporcionar ciertas pautas o sugerencias acordes con el contexto y el momento del problema. Pero este «éxito», prueba del cual es la generación de un clima positivo, de cierta complicidad y buena sintonía entre paciente y terapeuta, de cierta confianza y sensación de proximidad, especialmente por parte del tratado al tratante, puede comportar una incómoda dependencia e incluso una dificultad superior a la habitual en el médico para poner límites al deseo de más tiempo y más muestras de comprensión. Además, llegado este extremo, generará con toda probabilidad en el terapeuta una contratransferencia negativa que se traducirá en una sensación o actitud de rechazo difícilmente disimulable en sus maneras o su trato que hará más complicada la continuidad.

Sin embargo, aun considerando los sesgos o descarríos de la demanda actual y el desprestigio y manipulación que sufre el sistema sanitario, quizás sea hora de empezar a cambiar la forma que tenemos los profesionales de juzgarnos a nosotros mismos, o cuando menos, de ampliar la base de la pirámide de nuestros valores, sin que sea preciso invertir las jerarquías. En este punto, unas formas adecuadas transmiten un esfuerzo profesionalmente auténtico para entender a la otra persona, aunque no siempre nos apetezca. Ahí la autenticidad radica en la actitud, el esfuerzo profesional que incorpora unos ingredientes mínimos o imprescindibles, no tanto en que ese día emanemos espontáneamente buenos sentimientos o nos salga ese interés genuino por todos nuestros congéneres.

Como veíamos al analizar las quejas, el paciente siempre recuerda una palabra, un gesto, un instante de la relación con el profesional en el cual sintió que se rompía cualquier posibilidad de vínculo, de confianza. Ese momento de no retorno suele ser la combinación de dos factores que hallamos en la formulación explícita de prácticamente todas las quejas y que se concretan en sendos tipos de percepciones del paciente en algún momento de la entrevista: la percepción de un «maltrato» formal junto con la de un escaso «esfuerzo» (alguien diría implicación, pero es más simple que eso: buena disposición) por parte del profesional. Así de sencillo. Y así de difícil.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrusyna, T. P.; Tang, T. Z.; DeRubeis, R. J. y Luborsky, L. (2001): «The Factor Structure of The Working Alliance Inventory in Cognitive-Behavioral Therapy», *J Psychother Pract Res* 10: 173-178.
- Bordin, E. S. (1979): «The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance», *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 16: 252-260.
- Fusté, J. (director del estudio) (2007): «Estudi de les visions de ciutadans, professionals i gestors sobre l'atenció sanitària a Catalunya», Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Edita: Direcció General de Planificació i Avaluació.
- Howe, D. (1999): «The main change agent in psychotherapy is the relationship between therapist and client», en Feltham, C. (ed.): *Controversies in psychotherapy and counseling*, London, Sage Publications.
- Kahn, M. (2008): «Etiquette-Based Medicine», *The New England Journal of Medicine* 19: 1988-89.
- Lázaro, J. (2003): «Entre pruebas y narraciones: objetividad y subjetividad en psiquiatría», en *Hechos y valores en psiquiatría*, Baca, E. y Lázaro, J. (eds.): Madrid, Triacastela.
- Martín-Santos, L. (1964): «Libertad, temporalidad y transferencia en el psicoanálisis existencial», en Lázaro, J. (ed.): *El análisis existencial. Ensayos*, Madrid, Triacastela.

SOBRE EL AUTOR

Antoni Corominas Díaz es doctor en Medicina por la Universitat de Barcelona (tesis doctoral: «Curso y factores predictores del trastorno de angustia con o sin agorafobia»; director: Julio Vallejo Ruiloba; 1995), especialista en Psiquiatría y jefe del Servicio de Salud Mental y Adicciones de la Fundació Hospital de Mollet desde 2002. Es profesor del Máster de psicopatología clínica del adulto (módulo Ansiedad) de la Universitat Autònoma de Barcelona y profesor colaborador de la asignatura «Psicología de la drogodependencia» de la Universitat Abat Oliba CEU. Combina la docencia y la práctica clínica con la actividad gestora en salud mental, así como la actividad investigadora (en el campo de la ansiedad y la psicopatología de la migración) y ensayística. Premio a la Excelencia Profesional en el ámbito de la Medicina Hospitalaria, concedido por el Colegio de Médicos de Barcelona i el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (2008). Es autor o colaborador de varios libros y de diversos artículos en revistas científicas nacionales e internacionales.

Principales publicaciones por orden cronológico: artículos o capítulos de libros: Corominas, A., Bonet, P. y Nieto, E.: «Recurrent brief depression successfully treated with lithium», *Biological Psychiatry*, 1998, 44: 927-929. Corominas, A., Guerrero, T. y Vallejo, J.: «Residual symptoms and comorbidity in panic disorder», *European Psychiatry*, 2002, 17: 399-406. Corominas, A., Roura, P. y Bonet, P.: «A new quality indicator for mental health care and partial hospitalisation: The care flow direction index», en: *European Network for Training Evaluation and Research in Mental Health: Conference Monograph*, London 2000, Paris 2001, Mervyn London. Burón, E., Jódar, I. y Corominas, A.: «Despersonalización: del trastorno al síntoma», *Actas Esp. Psiquiatr.*, 2004, 32(2): 107-117. Hoge, M., Paris, M., Añez, A. y Corominas, A.: «Las múltiples caras de la hospitalización parcial», *Revista Diversitas-Perspectivas en*

Psicología 2009, vol. 5, n° 1. Ensayos: *Els pecats capitals del psiquiatre*, Colección Ideas de Ensayo breve, n° 2, Angle Editorial, Barcelona, julio de 2003, Mención Especial del Jurado del Premio Revista Ideas de ensayo breve-2002. *El repte de la integració: narcisisme, paranoia, seducció i diglòssia en la immigració del nou mil·lenni*, Col·lecció Textures, n° 14, Alzira, Edicions Bromera, abril 2006. Premio de Ensayo Mancomunitat de la Ribera Alta-2005 «Diversidad funcional, integración, igualdad y salud mental». Premio de microensayo «Solidaridad en la diversidad», convocado por la Asociación SOLCOM, mayo 2011.