

Publicado como:
Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La perspectiva integradora en psicoterapia: una reflexión desde la práctica pública. En Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B (coords). *Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración*. Madrid: AEN 1997. 13-141.
ISBN: 84-921633-2



LA PERSPECTIVA INTEGRADORA EN PSICOTERAPIA

Una reflexión desde la práctica pública

Alberto Fernández Liria*
Beatriz Rodríguez Vega**

* Psiquiatra. Universidad de Alcalá (Madrid). Coordinador de Salud Mental del area 3 de Madrid

** Psiquiatra. Universidad Autónoma de Madrid. Hospital La Paz. Servicios de Salud Mental de Alcobendas (Madrid)

1.- CONCEPTOS GENERALES

La psicoterapia es una práctica social que cobra sentido y obtiene su lugar en unas condiciones sociales determinadas. Estas condiciones presuponen un concepto del individuo y de lo que es deseable y legítimo para él y determinan que es lo que debe esperarse de la psicoterapia. La práctica de la psicoterapia, por otro lado, refleja y resume los valores de la sociedad en la que ocurre. Así, las condiciones luego sacralizadas de la cura tipo psicoanalítica refieren a la sociedad burguesa de la Viena de principios de siglo como la modificación de conducta al individualismo pragmatista americano del momento de su irresistible ascensión o la terapia sistémica a la época del hundimiento de mitos y valores cuyo colofón se conoció brevemente como postmodernidad.

En su breve pero diversificada historia, las distintas y rivales escuelas psicoterapéuticas han compartido algunas características. En primer lugar la psicoterapia se ha establecido como práctica *privada* sobre un modelo de contrato socialmente establecido para el ejercicio de las profesiones liberales (se trate de la medicina o de otras relaciones con expertos en las que a veces los psicólogos han querido buscar una identidad alternativa).

En segundo lugar a la práctica de la psicoterapia se le ha asignado la función (a veces no *adicional* sino *primordial*) de tener que **dar la razón** a la teoría psicológica de la que se suponía que era *aplicación* y a la que debía servir de *banco de pruebas*. En una terrible transgresión del rigor epistemológico mínimo exigible y, aún, de la lógica formal, la superioridad de la desensibilización sobre interpretación en la extinción del comportamiento de evitación demostraría que conceptos como *inconsciente* son *acientíficos*, sino *falsos*, del mismo modo que - alternativamente - la rememoración de una procelosa historia de adquisición del control de esfínteres por un paciente obsesivo haría evidente que una curación basada en la remoción del síntoma, sin haber logrado cambios sustanciales en la estructura profunda de la personalidad,

habrá de ser efímera por fuerza

Como sucede a menudo con lo evidente, muchas veces, estas circunstancias (de relatividad del contexto de la práctica y relación con la teoría) no han sido advertidas, y menos analizadas, por quienes han reflexionado sobre la psicoterapia y han entrado a ser acriticamente consideradas como algo *connatural* a esta práctica. Cuando alguien ha reparado en su carácter accidental ha sido, generalmente, para sacralizarlas y defender a la psicoterapia del riesgo de perder la libertad que emana del libre contrato, o la seguridad que se deriva de saber que al actuar con nuestros pacientes lo hacemos según las exigencias de una doctrina que sabemos la única *verdadera*.

Los autores de este trabajo hemos practicado la psicoterapia en ausencia de estas dos circunstancias (*libre* contrato y entusiasmo doctrinal). Y estamos convencidos de que nuestra perspectiva ha ganado con semejante pérdida

La clínica en el sector público impone algunas condiciones. En primer lugar obliga a atender el espectro completo de trastornos que se producen en la comunidad a la que se presta servicio. El clínico que trabaja en el sector público no puede *seleccionar* pacientes de acuerdo con sus características personales - las del terapeuta. Por ello le resulta relativamente poco útil saber cuales son los pacientes sobre los que la técnica que utiliza obtiene mejores resultados (eufemísticamente recogidos bajo el epígrafe de *indicaciones* en los correspondientes manuales). Su pregunta no es ¿Sobre que pacientes puedo actuar de modo mas eficaz con esta técnica concreta? sino ¿Con que técnica puedo conseguir mejores - o menos malos - resultados sobre este paciente concreto? No se trata sólo de conocer las indicaciones postuladas para cada técnica por los autores de las diversas escuelas porque, en realidad, las indicaciones de la mayor parte de ellas coinciden entre sí y, dicho sea de paso, con las de buen pronóstico de los trastornos dejados a su libre evolución. Así Sims (1) señala la *indicación de psicoterapia* - precisamente por los

criterios de selección - como uno de predictores de curso favorable para los trastornos mentales comunes.

Además el trabajo en el sector público impone una consideración de la *eficiencia* (relación coste/beneficio) y, aun, de la *eficiencia relativa* (respecto a otras posibles alternativas de tratamiento) donde en la práctica liberal se plantea la cuestión harto mas simple de si el cliente puede costearse (o soportar) la opción de tratamiento que se le oferta. La reciente sentencia de un tribunal americano en el que se condenó a un terapeuta que había tratado una psicosis afectiva con psicoterapia psicoanalítica (en lugar de litio) marca, en cualquier caso la fórmula liberal para encarar este problema en la cuna del liberalismo al fin del periodo de liberal optimismo que terminó con el mandato de Bush.

En definitiva, el sector público implica unas condiciones **diferentes** de las habituales en la práctica privada (en la que se han generado casi la totalidad de las propuestas y reflexiones sobre la psicoterapia). Por ello el trabajo en este marco ha sido vivido por los terapeutas frecuentemente como resultante de un proceso de **adaptación** del que resultaría un especie de *versión para pobres*, una derivación bastarda de las *verdaderas* intervenciones psicoterapeuticas desarrolladas en la práctica privada (allí se hace psicoterapia, en la pública se hace *lo que se puede*). En desacuerdo con este punto de vista creemos que las condiciones de la práctica pública son distintas, lo que no significa que sean necesariamente peores siempre. Estas condiciones han servido de banco de pruebas para propuestas que habían sido como cultivadas en semillero - en la práctica privada - para favorecer un desarrollo temprano, pero estaban pendientes de la demostración de su viabilidad en el terreno real de la clínica de todos los días. Esta prueba de fuego puede servir para confrontar hipótesis o mitos hasta entonces no puestas a prueba, para seleccionar lo mejor de cada propuesta y desechar lo sobrante.

Esta tarea requiere una reflexión específica. Otro trabajo que se recoge en este mismo

volumen (2) y este texto (que en buena medida representa un desarrollo de esa reflexión colectiva) pretenden avanzar en esa línea.

DEFINICIONES DE PSICOTERAPIA

Es relativamente poco frecuente que quienes piensan o escriben sobre psicoterapia se preocupen por proponer una definición general de la misma. No es tan extraño. Pocos libros de medicina o de biología proponen ni siquiera una definición de enfermedad o de ser vivo. El problema en nuestro caso es que el término *psicoterapia* se aplica actualmente a prácticas muy diferentes, llevadas a cabo por agentes distintos y con propósitos diversos. Por ello revisaremos algunas definiciones (la mayor parte de ellas seleccionadas por Mahoney (3) de las propuestas por 81 expertos (4) antes de intentar delimitar con la nuestra el campo al que vamos a referirnos en este trabajo.

Las definiciones lo suficientemente extensas como para incluir la gama completa de intervenciones que reclaman el nombre de psicoterapia tienen el inconveniente, de ser poco específicas y de extenderse sobre el terreno poco claro del *crecimiento personal* o la búsqueda de experiencias. Un excelente ejemplo de este tipo de definición es la propuesta por Judd Marmor

Psicoterapia es un proceso en el cual una persona que desea cambiar síntomas o problemas en su vida, o que busca el crecimiento personal, entra en un contrato implícito o explícito, para interactuar verbal o no verbalmente, en una forma prescrita con una persona o personas que se presentan a sí mismos como agentes de salud (3)

La definición propuesta por el propio Mahoney tiene el mismo inconveniente (además de una carga ideológica mucho mayor)

Psicoterapia es una relación cultural especial entre un profesional de ayuda y un grupo o individuo como clientes. Trabajando desde un racional teórico que incluye asunciones

básicas acerca de la naturaleza humana y el proceso del desarrollo psicológico, el psicoterapeuta trabaja con el cliente para crear una alianza segura, estable y de cuidado en la que y desde la que el cliente pueda explorar , con frecuencia vía técnicas ritualizadas, pasado, presente y posibles vías de experimentar el self, el mundo y su relación dinámica (3)

La carga ideológica es también el inconveniente de definiciones, como la de Pierre Bernard Schneider que reservan el término psicoterapia para las terapias (término aplicable para las otras) que se basan en determinado modelo psicopatológico (aunque es una definición rigurosa e interesante, entre otras cosas, porque sitúa la psicoterapia en el terreno de la práctica médica).

La psicoterapia es un método médico de tratamiento de los trastornos físicos y psíquicos debidos a conflictos intrapsíquicos conscientes e inconscientes sin resolver, que exige por una parte del paciente un compromiso voluntario, una colaboración y el deseo y la posibilidad de entablar con el psicoterapeuta una relación interpersonal subjetiva muy particular a la que se llama relación psicoterapéutica, que permite que se establezca un proceso psicoterapéutico en el cual el lenguaje interviene como modo preferente de comunicación. El fin ideal de la psicoterapia es permitir al paciente resolver por sí mismo los conflictos intrapsíquicos teniendo en cuenta su ideología y, en ningún modo la del psicoterapeuta (5)

Otras, mas que descripciones son definiciones normativas que apuntan mas a un *deber ser* que a un dar cuenta de la práctica realmente existente. Así Emelkamp (3) exige una metodología científica de base que, en realidad ha sido la excepción en la historia real de las psicoterapias

Psicoterapia es la aplicación de procedimientos científicamente evaluados que capacitan a las personas para cambiar sus comportamientos, emociones o conductas

maladaptativos, por ellos mismos (3)

En ocasiones el carácter normativo no nos refiere a pretensión de científicidad sino a un determinado criterio ético o moral. Albert Ellis es paradigmático en este sentido

La psicoterapia consiste en ayudar a la gente a ver y cuestionar seriamente sus imperativos conscientes e inconscientes utilizando un repertorio de métodos cognitivos, emotivos y conductuales y, de este modo, hacerlos menos perturbados y menos perturbables (3)

O, en la misma línea, Whitaker, que tiene, además, el problema de suponer que uno puede ser más o menos uno mismo.

Psicoterapia es una paternidad adoptiva profesional con la función deliberada de facilitar el intento del paciente de ser más él mismo (3)

Para Thomas Szasz esto no es de extrañar ya que

La pregunta sobre "¿Que es la psicoterapia?" presupone que la psicoterapia existe. Yo creo que no es así. Como la enfermedad mental la psicoterapia es una metáfora y, como metáfora extensa, un mito... El término psicoterapia denota varios principios y prácticas de éticas seculares. Cada método o escuela de psicoterapia es, por consiguiente, un sistema de ética aplicada volcado en el idioma del tratamiento; cada uno refleja la personalidad, valores y aspiraciones de su fundador y sus practicantes (3).

Intentos más descriptivos y pretendidamente más neutros serían aplicables a muchas otras prácticas que nadie consideraría psicoterapia. Así sucede por ejemplo con la definición de Paul Watzlawick

Psicoterapia intenta cambiar las asunciones de las personas acerca de la naturaleza de la realidad, asunciones que ellos consideran son verdad, objetivos o aspectos platónicos del mundo "real" ()

Lo mismo sucede con la propuesta de Mahoney de definir sencillamente la psicoterapia como *un intercambio existencial* (3).

Existen definiciones eclécticas bien construidas como la de Sol Garfield que no tiene mas inconveniente que la de la vaguedad del término *problema* y la gratuidad de la suposición de que lo que diferencia al terapeuta del paciente es su grado de salud mental (y no su posición en la tarea común)

Psicoterapia es un proceso interpersonal planificado en el cual la persona menos trastornada, el terapeuta, intenta ayudar a la más trastornada, el paciente, a superar su problema (3)

La definición elaborada por la Danish Psychiatry Society (6), adoptada por el grupo de trabajo de la Unión Europea de Médicos Especialistas presupone una *base científica* e incluye (en un matizado y/o) objetivos como *la mejor función emocional o social*.

La psicoterapia es un método psicológico de tratamiento con base científica. A menudo se aplica para aliviar el sufrimiento psiquiátrico. La realiza una o varias personas, calificadas por su formación. Establecen un contrato con uno o varios pacientes con el objetivo de aliviar el dolor por síntomas y/o modificación de rasgos de personalidad y/o mejor función emocional o social y de liberar potencialidades sanas de desarrollo.

Nuestro grupo de trabajo (2) utilizó como definición de psicoterapia la siguiente:

Un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente) que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud mental del segundo.

Esta definición pretende circunscribirse a aquellas prácticas de las que reclaman el nombre de psicoterapias en las que se pretende actuar sobre *problemas de salud mental* (a punto estuvimos de utilizar el término *trastornos mentales*) excluyendo las que persiguen objetivos

como el autoconocimiento, el desarrollo personal o el acceso a experiencias mas o menos interesantes (que nos parecían relevantes para una reflexión planteada desde la psiquiatría pública).

Se matizó esta definición con algunas aclaraciones que citamos textualmente

*Esta definición **excluye** otra serie de prácticas que pudieran, en alguna medida, ser consideradas afines, como son:*

* **Otras relaciones de ayuda** (amigos...) en los que el que la da no es un profesional experto.

* **Consejo médico o psicológico** en el que el experto se limita a poner a disposición del cliente información que le permite realizar una elección cuya realización no está impedida por patología mental*.

* **Manejo clínico** de un tratamiento medicamentoso, en el que el objetivo es garantizar las condiciones (de información confianza en el médico, expectativas, adherencia al tratamiento) que permiten optimizar el efecto e la medicación prescrita.

*Como nota adicional convinimos que la psicoterapia supone la **posibilidad de construir una versión del problema presentado por el paciente en el que este aparece como implicado personalmente en el origen, el mantenimiento o las posibilidades de resolución del mismo.***

Si nuestro objetivo no hubiera sido construir por consenso una definición a partir de una reflexión conjunta sobre nuestra práctica hubieramos podido adoptar la impecable definición de

* Es consejo si se dice algo como "debe dejar de fumar porque en su caso - bronquitis crónica - fumar entraña tales y cuales riesgos". Hay psicoterapia si se inicia una intervención para resolver el problema de que el cliente **no puede dejar de fumar aunque conozca los peligros y quiera hacerlo**. Lo mismo será aplicable en el caso de un consejero matrimonial.

Jorge Luis Tizón (7)

La psicoterapia consiste en la aplicación metódica de técnicas y procedimientos psicológicos en el tratamiento de los problemas de conducta, los trastornos mentales o el sufrimiento humano (no sólo psicológico)

EL ESTATUTO EPISTEMOLÓGICO DE LA PSICOTERAPIA

Las reflexiones que constituyen este trabajo implican ciertos supuestos previos que es preciso hacer explícitos. En primer lugar, pensamos que **la psicoterapia o la psiquiatría, no son disciplinas científicas** como la física o las matemáticas. Pero no es -como a veces se sostiene- que no lo sean todavía debido a su estado de desarrollo (¿preparadigmático?). No son ciencias - como no lo es la medicina- porque su objeto no es el conocimiento, sino la obtención de un bien valorado socialmente (la salud mental). El que la práctica orientada a este fin trate de guiarse por o de incorporar conocimientos científicos de diversas disciplinas (como hacen también los fontaneros o los arquitectos) y no en características personales (como las que convierten a uno en vidente), o en la mera ejecución de una habilidad conformada por la tradición (como los artesanos, curanderos o prostitutas), les confiere, en todo caso, -como señala Tizón (7) recogiendo acertadamente el concepto de Bunge y Quintanilla- el carácter de **tecnología**.

Una consecuencia de esta idea es que la aplicación inmediata a la práctica de la psicoterapia (o de la psiquiatría o de la medicina) de los principios y conceptos de la filosofía de la ciencia solo sirve para embarullar aún más las cosas. Descripciones como la que hace Kuhn del trabajo de los científicos o propuestas normativas como las de Popper no son aplicables - mas que metafóricamente - a nuestro trabajo, aunque sea frecuentísimo encontrar en nuestra literatura afirmaciones como que nuestra disciplina está en un estadio *preparadigmático* o que es preciso formular hipótesis *falsables*.

La actitud científica en la práctica de la psicoterapia (como de cualquier otra tecnología)

implica, por un lado, 1) una mirada atenta a los hallazgos de los científicos que trabajan en disciplinas afines (la psicología por ejemplo) por si pudieran sugerir nuevas prácticas o cuestionar la legitimidad de prácticas viejas y, sobre todo, 2) un intento permanente de poner a prueba la eficacia y la utilidad de las intervenciones y lo acertado de sus supuestos implícitos o explícitos.

La primera de estas condiciones ha sido sólo excepcionalmente observada por los psicoterapeutas. La psicología académica (en la que se han llevado a cabo hallazgos importantes) se ha desarrollado, en general, de espaldas a la psicología clínica y la psiquiatría. Impresiona, por ejemplo, comprobar en que escasa medida los conceptos y descubrimientos de la psicología cognitiva de los departamentos universitarios se han incorporado - o, incluso, ha llegado a influir - ni siquiera sobre lo que en la clínica se conoce como psicoterapias *cognitivas*.

La segunda condición (la demostración de la eficacia y la depuración de los factores terapéuticos) ha sido incumplida hasta el punto de que la afirmación de Eysenk (8) sobre que no existían pruebas de la eficacia de las psicoterapias sólo ha podido ser rebatida - y no sin reparos - en los años setenta (9,10,11) y que las primeras intervenciones psicoterapéuticas que, para justificar su existencia, se han sometido desde un principio a la metodología del ensayo clínico - la terapia cognitiva de la depresión (12), y la terapia interpersonal de la depresión (13) - no se han propuesto hasta los años 80.

Pero hablamos de una *actitud* en el desarrollo de una práctica cuyo objetivo sigue sin ser obtener conocimiento - que es el de la ciencia - sino procurar salud, y cuyos resultados deben medirse en términos de salud. El adoptarla ni nos convierte en científicos, ni legitima la aplicación a nuestra práctica de conceptos y teorías pensados para la ciencia, ni nos exonera de la obligación de ocuparnos antes de la utilidad de nuestras intervenciones que de lo acertado de nuestras observaciones.

Un segundo supuesto previo, se refiere al modo en que accedemos al conocimiento. Un error que cometemos frecuentemente a la hora de reflexionar sobre nuestra actividad teórica consistente en imaginar que el conocimiento que ha de resultar de esta actividad viene a instalarse sobre un terreno virgen en el que antes reinaba la ignorancia. El avance del conocimiento o del saber (signifique lo que signifique eso) se produciría según esa visión haciendo retroceder el desconocimiento o no-saber. En la peor de las versiones de este mito, además, un conocimiento nuevo vendría a sumarse a lo ya conocido añadiéndole por aposición un nuevo palmo de terreno conquistado a lo desconocido*

Pero el conocimiento, en realidad, no avanza contra la ignorancia, sino contra el prejuicio. La idea -útil para resolver ciertos problemas de los navegantes- de que la Tierra es esférica, no se impuso iluminando la ignorancia de la generalidad de los hombres de un momento histórico dado sobre la forma de la tierra. Se opuso -y se impuso porque rebatió (o criticó)- a la idea (la evidencia) de que la tierra era plana. Y no se "añadió" a lo que ya se sabía sobre geografía o sobre el movimiento de los astros: lo modificó y modificó la relación de los hombres con los objetos de esas disciplinas.

*La idea ingenua de la "comunidad científica" en la que cada meritorio informa su dato, en inglés, conforme a unas normas preestablecidas que permiten precisamente sumarlo sin problemas a los ya previamente acumulados, con la sensación de estar participando en la tarea común e impersonal de la ciencia, tiene mucho que ver con este mito.

Los psicoterapeutas deberíamos tomar nota de ésto por partida doble. Primero porque, nuestras reflexiones -al menos cuando se trabaja dentro de cada una de las escuelas (quizás la escuela sea precisamente eso: la salvaguarda del prejuicio)- se han organizado como si el conocimiento pudiera crecer por aposición (no deja de ser chocante que miles de psicoterapeutas de diversas escuelas hayan practicado tranquilamente su profesión o se hayan despedazado acusándose de herejías diversas sin haberse sentido en cambio impelidos a demostrar la eficacia de su terapia). Pero también, y sobre todo, porque en la medida en que *cobrar conocimiento* de algo pueda constituirse en factor terapéutico (y por tanto el procurarlo en objetivo de la terapia) nos interesa especialmente saber como se produce ese hecho. (por ejemplo: lo importante puede no ser que el terapeuta designe significados nuevos, sino que ayude al paciente a que remueva los *obstáculos epistemológicos* que impiden que tales significados se configuren a sus ojos*).

* La semejanza entre la psicoterapia y el quehacer de Sócrates con sus discípulos - de los que, con las preguntas que desde su "no saber" les planteaba, hacía emerger verdades a las que ellos desconocían tener acceso - ha sido señalada por múltiples psicoterapeutas - muy especialmente por Ellis -. El propio Socrates comparaba su trabajo con el de la comadrona. No nos parece mal para la psicoterapia. La mayor dificultad en el aprendizaje de la psicoterapia deriva de este caracter de proceso diadico en el que además el terapeuta es mas facilitador que guía. Freud decía que el aprendizaje del arte de la psicoterapia es similar al aprendizaje del arte del ajedrez, donde en los manuales "sólo los movimientos de apertura y cierre del juego, admiten una descripción sistemática exhaustiva y que la interminable variedad de los movimientos que se desarrollan tras la apertura desafía cualquier descripción"

De una consecuencia de esta idea deriva nuestro interés por la óptica de las narrativas. La esteril discusión a través de la que las diferentes escuelas psicoterapeúticas han aprendido a resaltar sus diferencias, ha versado frecuentemente sobre si lo que *de verdad* sucedía en el proceso psicoterapéutico tenía que ver con la puesta en juego de afectos negados, el cuestionamiento de pensamientos irracionales o la exposición - por una u otra vía - a determinados estímulos. En último extremo lo que los diversos modelos psicoterapéuticos postulan es que detrás de la apariencia del síntoma se oculta una verdad de conflictos inconscientes, cogniciones erróneas o condicionamientos disfuncionales. La actividad del psicoterapeuta ha sido contemplada - se hayan o no utilizado estos términos - en el registro de la hermenéutica o la interpretación. El terapeuta puede actuar porque pone en relación el discurso aparente del paciente con otro, que se supone que produce sus efectos terapéuticos porque es **verdadero**. La pregunta que ha dado lugar a lo que se conoce como enigma del *pájaro Dodo** en psicoterapia (la eficacia semejante de intervenciones basadas en teorías incompatibles) es como pueden o ser verdaderas a la vez visiones contradictorias o ser eficaces sistemáticamente intervenciones basadas en asunciones falsas. Nuestra hipótesis es que las explicaciones propuestas ante un problema de salud mental por las diversas escuelas lo que proporcionan son nuevas versiones (nuevas narrativas) del problema, que son útiles no porque son **verdad**, sino porque son **distintas**.

Esta idea supone que la operación que se lleva a cabo en psicoterapia no es del orden de la **interpretación** (que pone en relación lo aparente con una verdad de la que lo aparente es signo) sino del orden del **comentario** (que lo que hace es abrir el abanico de significados sugeridos por un texto) (15-17). Evidentemente no todo comentario vale. Hay buenos y malos comentarios.

*Personaje de *Alicia en el país de las maravillas* en cuya boca pone Lewis Carroll la frase "todos han ganado y cada cual tiene derecho a su premio" (14)

Pero los comentarios no son *verdad* o *mentira* sino útiles o no. Y su utilidad se mide en términos de su efecto sobre el destinatario (exactamente lo que ocurre con la psicoterapia).

Gadamer señala que ninguna palabra, ningún acto comunicativo es claro completo o unívoco. Gadamer llama a esto "la infinitud de lo no dicho". Para Anderson (18) la *terapia es el proceso de expandir y decir lo no dicho, el desarrollo a través del diálogo de nuevos temas y narrativas. Y la creación de nuevas historias.*

Aplicado a las conversaciones terapéuticas, un encuentro es terapéutico, cuando en su curso se produce una transformación en los relatos dominantes del paciente/familia, de tal forma que permite incluir nuevas experiencias, significados e (inter)acciones y una reducción de la cohesión temática del conjunto de historias sobre los comportamientos problemáticos (19).

Las narrativas son representaciones y unen hechos en una secuencia significativa. No son meras crónicas, no son estáticas y no son simples. Suponen representaciones a un nuevo nivel de organización en el que el tiempo juega un papel fundamental.

El trabajo que enfrentan paciente y terapeuta puede ser considerado , como un trabajo de construcción narrativa y hermenéutica. Las personas que acuden a la terapia lo hacen con una historia que contar y el terapeuta se halla ante una historia que reinterpretar. Pero la interpretación en psicoterapia no supone el desvelar algo que existe por sí mismo fuera del ojo del observador, sino *cocrear* con el otro un significado o, mejor, abrir un abanico de significados nuevos. Al contrario, en la visión tradicional, el proceso de interpretación psicoterapéutica se vuelve una sustitución gradual del discurso del paciente por el del terapeuta, las respuestas del terapeuta van sustituyendo las dudas y construcciones del paciente (20).

La interpretación constructivista exige una interpretación abierta a la negociación. El cambio en terapia exige la creación de nuevas narrativas. El cambio se produce como efecto de nuevas narrativas y la oportunidad consecuente de una nueva gestión de los problemas. La nueva

narrativa tiene la capacidad de re narrar los acontecimientos de nuestras vidas y darles un significado distinto. De esta forma, la psicoterapia se puede entender como un proceso semiótico de construcción de significado a través de un discurso colaborativo (20)

La tarea principal del terapeuta ha de ser ayudar a construir al paciente, familia o grupo relatos alternativos que puedan ser reconocidos como propios a partir de los antiguos y que ofrezcan acceso a nuevas soluciones. Habrá de escuchar el relato del paciente y encontrar a través de la negociación y el consenso vías a la transformación. En este empeño, utilizará esquemas interpretativos o técnicas propuestas desde orientaciones cognitivas, conductuales, sistémicas o existenciales. La multiplicidad de posibles variaciones dentro de este marco general es lo que hace del encuentro terapéutico un encuentro idiosincrático. (19)

INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS BREVES. DOSIS Y OBJETIVOS

El creciente interés por las formas breves de psicoterapia es particularmente intenso entre los profesionales que han de ofertar formas eficaces de tratamiento para los trastornos mentales con una limitación de recursos diferente de la impuesta por la capacidad adquisitiva del *cliente*. Este es el caso de los psicoterapeutas del sector público.

La experiencia de gran parte de los clínicos es que la mayoría de los pacientes no se mantienen en tratamiento psicoterapéutico más allá de los seis meses. Por otra parte, muchos de los estudios avalan que no existe una correlación simple entre la longitud e intensidad de los tratamientos psicoterapéuticos y los resultados de éstos. Los dos hechos anteriores provocaron dos tipos de reacciones. Por un lado, se hicieron esfuerzos por intentar aislar los factores responsables de los resultados terapéuticos, por otro, algunos profesionales llegaron a creer de una forma casi supersticiosa que los resultados terapéuticos rápidos no pueden ser genuinos y que responden o bien a sugestión o a una huida hacia la pseudo-salud o pacientes que prefieren abandonar sus síntomas, más que obtener reales *insights* acerca de sus dificultades.

Frente a estas actitudes y, en las últimas décadas bajo la presión de dar cuenta de su eficacia, se han ido desarrollando formas de psicoterapia diseñadas intencionalmente como breves. Los autores que las defienden parten del supuesto de que una terapia no necesita ser prolongada para resultar eficaz. Lazarus (21) insiste en que no podemos desatender las presiones sociales y económicas y prevee que en la década de los noventa proliferarán las terapias breves y se pondrá el acento en la responsabilidad del terapeuta.

Aunque no existe una única receta para hacer terapia breve, la mayoría de los autores que la practican tiene una profunda confianza en las capacidades de cambio de sus pacientes y pone el acento en acción, pragmatismo, soluciones, orientación futura, contexto y flexibilidad del terapeuta (22).

Existen propuestas planteadas desde muchas perspectivas teóricas: conductual, cognitivo-conductual, cognitivo-analítica, analítica, sistémica y la centrada en soluciones. Sledge (23) ha hecho una distinción entre psicoterapia limitada en el tiempo, breve y a largo plazo. La primera es en la que el terapeuta ofrece un precontrato, un número de sesiones no negociable. La breve dura tres o cuatro meses, sin una fecha final prefijada y el final ocurre cuando el tema foco de la terapia se ha conseguido remontar. En su investigación encontró que los abandonos para la psicoterapia de tiempo limitado eran la mitad que para las otras dos. Él concluyó que cuando los pacientes saben el tiempo que va a durar la psicoterapia, se sienten con más capacidad de control y más capaces de trabajar de forma focalizada hacia la consecución de objetivos.

Todos los modelos de psicoterapia a corto plazo comparten el deseo de proporcionar un abordaje psicoterapéutico eficaz en un plazo de tiempo tan corto como sea posible y comparten la creencia de que es posible un cambio significativo en meses y no en años. Lo que aquí hacemos es presentar rasgos generales de la psicoterapia a corto plazo.

Por psicoterapia breve, la mayoría de los autores entienden una terapia entorno a las

veinte sesiones. Aunque aquí también hay variaciones, de forma que Malan utiliza de 4 a 15 (24), Ryle entre 8 y 16 (25) o Mahrer que emplea sesiones de dos horas de duración.

Los distintos tipos de abordaje de la psicoterapia a corto plazo se pueden clasificar en : 1- dinámica o analítica (Malan, Flegenhimer, Crits-Christoph), 2-cognitivo-conductual, en la que se defiende que se puede conseguir mejorías a largo plazo, en periodos breves, identificando, examinando y poniendo a prueba diferentes formas de pensamiento (primero desarrollada para pacientes depresivos, Beck), 3- sistémico, quienes desde el principio han operado con una conciencia clara de la importancia de intervenciones a corto plazo; y 4- integradora, que toma componentes efectivos de diferentes modelos para optimizar los cambios deseados (Norcross, Marteau, Ryle), con diferentes énfasis y técnicas de acuerdo con las necesidades del individuo, la psicoterapia se hace a medida del cliente y no al contrario (26)

Las distintas orientaciones en psicoterapia breve comparten una serie de características comunes como son:

1º el psicoterapeuta es activo. Desempeña una variedad de funciones, como son enseñar, modelar, animar y estructurar el trabajo. Si promueve la dependencia es que está haciendo algo mal.. El terapeuta es explícito acerca de lo que ofrece al principio de la terapia, de forma que el paciente puede hacer una elección informada. El terapeuta necesita creer en el valor del trabajo a corto plazo, ya que su confianza, empatía y disponibilidad son factores claves.

2º la alianza psicoterapéutica es una característica central. El psicoterapeuta y el paciente trabajan juntos, con una meta compartida, pero tareas diferentes.. Esta creencia compartida en la posibilidad de resolver el problema, promueve la negociación y la construcción creativa de la diferencia, tan importante para el posterior desarrollo de la auto-confianza y la auto-estima.

3° la motivación del paciente es reforzada y desarrollada.. El deseo de cambio debe estar unido a la puesta en marcha de estrategias que podrían cambiar una realidad. Esas estrategias pueden llevarse a cabo a través de la comunicación o mediante tareas que movilizan la cognición, el afecto o la conducta

4° el foco es el apoyo a los pacientes en su vida cotidiana. Lo aprendido en la sesión requiere ser generalizado en el ambiente social amplio.

5° la contención y estructura que da el focalizar un problema en el tiempo y el desarrollo activo de la alianza terapéutica, facilitan un contexto en el cual el paciente puede ensayar diferentes formas de pensar, sentir y comportarse. Cuanto más claro es el foco, más fácil es para el paciente evaluar su propio progreso y usar el apoyo del psicoterapeuta, para evitar el auto-sabotaje y la tendencia a minimizar el propio éxito.

Los diferentes modelos facilitan diferentes explicaciones de la actual conducta que mantiene el problema. Pero en la psicoterapia a corto plazo las conductas relevantes han de ser identificables y fácilmente reconocidas por el paciente (26).

Una creencia compartida por distintos autores y reflejada en sus criterios de indicación, es que la capacidad del paciente para definir una queja clave circunscrita, es decir, para identificar un problema focal durante las primeras sesiones, es indicativo de que tiene recursos para beneficiarse de una psicoterapia. Por supuesto, la capacidad del paciente para participar de esta forma, está influida por la capacidad del psicoterapeuta de responder de una forma flexible, y de promover el diálogo y la alianza terapéutica (26). La resistencia no se sitúa solo en el paciente sino que también depende de la metodología del terapeuta y de su habilidad y cualidades personales

Hay problemas que pueden requerir intervenciones prolongadas. Haley (27) sugiere que hay indicaciones para la terapia prolongada e indicaciones para la breve. Por ejemplo el abuso

sexual o físico, con sus implicaciones judiciales. Puede que el problema se pueda resolver en un formato breve, pero es necesario vigilar y ayudar al equilibrio de los pacientes por largo tiempo. La posibilidad de recaída no es una cuestión académica, sino que supone un daño inferido a terceros. Otro ejemplo es el psicótico crónico y su familia, donde las expectativas son de incurabilidad tanto para él como por parte de su familia. Inducir un cambio puede llevar mucho más tiempo.

ESPECIFICIDAD E INTEGRACIÓN

La investigación sobre la eficacia de la psicoterapias ha estado jalonada por dos veredictos. El primero es un veredicto emitido por un investigador tan riguroso como Eysenck y viene a poner de manifiesto que en el momento de su publicación (8) la psicoterapia es una práctica extendida y prestigiada por cuyo liderazgo competían diversas escuelas pero **no existían pruebas serias de que fuera eficaz**. La reacción ante este primer veredicto fue la puesta en marcha de una cantidad importante de investigación y el desarrollo de una metodología investigadora en ocasiones finísima (9-11). A estas alturas de siglo la efectividad general de las psicoterapias tanto frente a la ausencia de tratamiento como frente a placebo, nos parece fuera de duda. Los **cuadros 1, 2 y 3** tomados de Lambert y Bergin (9) muestran los resultados de los estudios meta-analíticos* realizados respectivamente sobre depresión, ansiedad y trastornos

*La utilización de el meta-análisis en la investigación sobre psicoterapias ha venido a resolver alguna de las dificultades de este tipo de investigación como, por ejemplo, la exigüidad del tamaño de las muestras o la de la introducción de sesgos debidos a características de los investigadores o de los lugares en los que se lleva a cabo la investigación.

Básicamente el meta-análisis supone un intento de aplicar los principios de la investigación empírica al proceso de revisión de la literatura. Para ello se realiza una selección de trabajos de acuerdo con unos rigurosos criterios de inclusión predefinidos. El proceso se basa en la comparación de los resultados de los estudios seleccionados para lo que éstos se expresan en una medida común llamada **magnitud de efecto** (effect size) que se calcula como la diferencia de las medias entre el grupo experimental y el control, dividida por la desviación estandar (del grupo control o de ambos grupos considerados en conjunto). Esto permite el manejo estadístico de los resultados (10).

diversos. Uno de los problemas con los resultados del meta-análisis es que sus resultados (en términos de *magnitud de efecto*) son poco intuitivos. Para interpretar la tabla considérese que la *magnitud de efecto* estimada para nueve meses de instrucción en lectura en una escuela primaria es de 0.67 desviaciones estándar (es de 0.40 en adiestramiento en matemáticas utilizando un sistema apoyado por ordenadores) y que la de los fármacos antidepresivos oscila entre las 0.40 y las 0.81 desviaciones estándar (9).

El segundo de los jalones a los que hacíamos referencia está marcado por lo que Lester Luborski (14) bautizó como veredicto del *pájaro Dodo* y consiste en la imposibilidad del abultado trabajo de investigación realizado hasta la fecha, para demostrar diferencias consistentes entre intervenciones psicoterapéuticas basadas en diferentes teorías o escuelas, imposibilidad a la que se ha añadido la dificultad encontrada para definir un *placebo* en psicoterapia y la comprobación de la magnitud de efecto lograda por alguno de los placebos propuestos. Este segundo veredicto ha abierto dos líneas de trabajo que parten de supuestos distintos y persiguen objetivos diferentes aunque se miran entre sí con creciente interés. Por un lado el intento de buscar formas incontaminadas de cada una de las terapias propuestas procurando la acción de los factores que cada una considera más específicos. Se trata en esta línea de garantizar la **pureza** de las intervenciones aplicadas estudiar la **especificidad** de los factores terapéuticos que estas activan. En su versión extrema ha dado lugar a todo el proceso de **manualización** de las psicoterapias. Por el otro lado en los últimos años se ha incrementado ostensiblemente el número de psicoterapeutas que se resiste a considerar su trabajo bajo la óptica de una sola escuela y se han multiplicado las propuestas tendentes a postular que se puede (y se debe) hacer psicoterapia escogiendo intervenciones que han demostrado ser eficaces para cada uno de los problemas que presenta cada paciente (**eclecticismo**) y no un único tipo de intervenciones en función de las convicciones del terapeuta, que es preciso elaborar teorías capaces de explicar *a la vez* por qué

resultan igualmente eficaces intervenciones basadas en principios y estrategias distintos cuando no antagónicos (**integración**) o que puede ser que en realidad el efecto de todas las propuestas de psicoterapia no se deba a ninguno de los factores a los que sus teóricos lo atribuyen, sino a una estructura común que, inadvertidamente, todas las psicoterapias comparten (hipótesis de los **factores comunes**). Nos referiremos a estas dos posturas como **especificidad e integración**.

Especificidad y psicoterapia

Sin pretender siquiera esbozar una revisión del tema es interesante destacar algunas tendencias que hemos observado en algunas de las escuelas de psicoterapia y que nos parece que han tenido influencia en nuestro modo de entender nuestra práctica en el sector público. Las repercusiones sobre la investigación de este mismo tema las hemos revisado en otro trabajo (11) del que lo que sigue es una suerte de actualización

Psicoterapias psicodinámicas

Los psicoterapeutas de orientación psicoanalítica - con la notable excepción de la escuela de Balint en Inglaterra (72-74) se cuentan entre los que con mas tenacidad se han resistido a tanto a someter sus resultados a la investigación (quizás porque tal investigación intentó utilizarse para cuestionar su posición hegemónica en la psiquiatría (8)) como a exponer sus procedimientos a la observación o a formalizar sus técnicas. Afortunadamente esta tendencia no se mantiene hoy en día y la manualización, el uso de registros audiovisuales y medidas de eficacia es moneda corriente en este campo. Destacaremos algunos aspectos de este trabajo.

Se ha realizado un importante esfuerzo de manualización o cuasi-manualización de intervenciones psicoterapéuticas de inspiración psicoanalítica como las tempranas ya citadas de Balint (72-74), Castelnuovo-Tedesco (75) o Bellak y Small (76-77)) o las mas recientes de Davanloo (78-79), Horowitz (80-82), Luborsky (83), Malan (24), Mann y Goldman (84, 85), Sifneos (86, 87) o Strupp y Binder (88) algunas de las cuales han sido traducidas al castellano -

generalmente ante la indiferencia de los psicoanalistas, incluidos los que trabajan en el sector público.

Se ha intentado definir operativamente conceptos psicodinámicos. Así, tanto el grupo que llevó a cabo los dos proyectos Vanderbilt (88, 89) como el que desarrolló el proyecto Penn (83, 90-92) se proponen procedimientos operativos de determinación del foco (Como Pauta Maladaptativa Cíclica en el primero y Tema Relacional del Conflicto Nuclear en el segundo) y se proporcionan procedimientos de registro e instrumentación de fenómenos transferenciales y contratransferenciales (93). También se han practicado definiciones instrumentales de intervenciones complejas (como la técnica de "desbloqueo" de Davanloo con su variante específica para pacientes deprimidos (79). Recientemente Demos y Prout (94) han realizado una revisión que ofrece un buen resumen y Curtis-Christoph y Barber (95) han publicado un interesantísimo manual en el que los principales autores exponen cada uno su propuesta siguiendo un esquema común.

Se ha consolidado la tendencia a trabajar sobre formas "breves" de intervención (96- 98). Howard y sus colaboradores (99) publicaron en 1986 un trabajo basado en datos de 15 estudios americanos de 2431 pacientes tratados con psicoterapia psicodinámica en diversos encuadres en el que se puso de manifiesto que la mitad de los pacientes habían mejorado tras la octava sesión y las tres cuartas partes tras la veintiséis (seis meses de una sesión semanal). A partir de esta sesión las mejorías fueron cada vez mas raras. En esta materia se ha producido una verdadera revolución cuyos hitos son los siguientes:

- La psicoterapia breve ha dejado de ser considerada una alternativa subsidiaria, a utilizar sólo cuando, por cualquier motivo, no puede aplicarse el formato largo considerado idóneo, para concebirse como intervención de primera elección en multitud de trastornos.

- Su ámbito de aplicación se ha ido extendiendo hasta coincidir con - y a veces superar a- el admitido para la psicoterapia en general
- Su eficacia es semejante a la obtenida por las intervenciones psicoterapéuticas sin límite de tiempo (100) lo que, como señalan Koss y Butcher (101), las convierte en mas **eficientes** (con mejor relación coste/eficacia)
- Sus efectos a largo plazo han resultado semejantes a los de las psicoterapias mas prolongadas (101, 102)
- Han demostrado eficacia no sólo en trastornos agudos, sino también en trastornos crónicos cuando se saben plantear objetivos limitados y realistas (101). Además todas las terapias obtienen peores resultados en los trastornos crónicos y lo que tiene relevancia práctica no es dilucidar donde obtiene mejores resultados una terapia sino que terapia obtiene mejor resultado que las demás en cada situación (51). Koss y Butcher (101) han llegado a postular que lo que verdaderamente dibujan los criterios de selección que a veces se enumeran para determinadas terapias es el perfil del paciente que a todo el mundo le gustaría tener para llevar a cabo cualquier tratamiento (motivado, inteligente...)
- Sus resultados son semejantes a los obtenidos por otras intervenciones psicológicas (como la terapia cognitiva) o médicas (51)

Modificación de conducta

Por su propia definición en el campo de lo experimental, la terapia de conducta ha disfrutado desde sus orígenes de una sana propensión a demostrar sus efectos sobre una variedad de trastornos. Sin embargo el paradigma conductista se ha desarrollado sobre todo en ámbitos académicos y de la mano de los psicólogos y la mayor parte de esos esfuerzos se ha realizado fuera de los lugares de intervención clínica, tradicionalmente ocupados por psiquiatras, con lo

que su contribución a la práctica clínica corriente ha estado, a menudo, por debajo de lo que hubiera podido esperarse. Esta situación se ha modificado drásticamente en los últimos veinte años.

Actualmente es difícil definir los límites de lo que se denominan terapias del comportamiento (103). Las escuelas conductistas desarrolladas durante los años 50 y 60 lo hacen alrededor del paradigma del **condicionamiento** en sus versiones **clásico** y **operante** y con un sustento epistemológico en las versiones más incautamente realistas del **neopositivismo**. La **revolución cognitiva** acaecida en los años 70 y 80 no sólo ha originado un replanteamiento del paradigma (a través de la introducción de conceptos mediacionales) hasta su redefinición como **cognitivo-conductual**, sino que ha llevado a alguno de sus mentores al cuestionamiento del positivismo lógico como fundamento epistemológico y la necesidad de adoptar la óptica del constructivismo social.

Emmelkamp (1986) en una exhaustiva revisión propone la consideración de, al menos, cuatro escuelas conductistas:

- 1) los que entienden la terapia de conducta estrictamente desde la "teoría del aprendizaje"
- 2) los que introducen importantes conceptos mediacionales
- 3) terapeutas eclécticos que utilizan técnicas basadas en la modificación de conducta
- 4) los que entienden la terapia de conducta como una aproximación clínico-experimental y hacen más énfasis en la metodología que en una orientación teórica.

Actualmente (104) existen intervenciones bien definidas con eficacia demostrada sobre diferentes campos. Así está sólidamente establecida la eficacia de la exposición in vivo sobre

agorafobia, fobia simple, fobia social y trastorno obsesivo-compulsivo y existen datos muy alentadores sobre intervenciones cognitivo-conductuales para trastorno de pánico y para intervenciones sobre trastorno de estrés post-traumático tanto a través de exposición imaginal como de estrategias de afrontamiento cognitivo.

El campo del tratamiento de la **depresión** fue el primero en verse afectado por la revolución cognitiva, pero, en la medida en la que está por probar que la ya indiscutible eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales sea atribuible a las hipótesis cognitivistas de sus promotores, sigue siendo un campo de discusión. Esta polémica, además de discutir la diferente ponderación de los componentes cognitivos y conductuales de estas terapias, ha dado lugar a interesantes reflexiones sobre el papel de los **factores comunes** a todas estas intervenciones:

- 1) son terapias muy estructuradas
- 2) plantean tareas para casa
- 3) incluyen entrenamiento en habilidades que el paciente puede utilizar para resolver sus problemas

La modificación de conducta ha ganado terreno en el tratamiento de los problemas asociados al **consumo del alcohol y otros tóxicos**. En este terreno hay que señalar que se ha producido un desplazamiento de las intervenciones aversivas de los primeros momentos hacia programas basados en ópticas mas globales.

Aún mas significativo es el aumento de la consideración que la modificación de conducta ha ganado con la revolución experimentada en los últimos años en el terreno de la **rehabilitación psiquiátrica** y de los trastornos psiquiátricos mayores, frente a los que las teorías conductistas han proporcionado pocas explicaciones, pero que han respondido bien a la introducción de intervenciones y estrategias característicos de esta escuela.

En el campo de las **disfunciones sexuales** existen intervenciones que gozan de una sólida tradición aunque las investigaciones más recientes apuntan a la existencia de una alta tasa de recaídas (105).

Terapias cognitivas

Las intervenciones fundadas en hipótesis cognitivas han penetrado la práctica clínica y las páginas de las revistas especializadas en un momento en el que, precisamente, la contrarrevolución biologicista amenazaba con barrer cualquier enfoque psicológico de una y otras. Entre otras características notables esta expansión ha tenido la virtud de realizarse transgrediendo los límites entre la tradición académica dominada por los psicólogos y la práctica clínica, controlada por los psiquiatras y ha contribuido poderosamente a enriquecer una y otra óptica.

A la luz del éxito de una escuela que supo presentar sus resultados en el lenguaje que el triunfo aplastante del positivismo y la literatura *biomédica* exigían siquiera para considerar su lectura, se han iluminado múltiples prácticas que se reclaman de la etiqueta cognitivista.

Hollon y Beck (106) proponen un sistema de agrupación de las diferentes escuelas de acuerdo con el siguiente esquema:

1) con énfasis en la racionalidad

*terapia racional- emotiva (TRE) (107)

*reestructuración racional sistemática (RRS) (108)

2) con planteamiento empirista

*terapia cognitiva (12)

3) con énfasis en la repetición

*entrenamiento autoinstructivo (109)

*inoculación del estrés (109)

4) otros

como la terapia de resolución de problemas, las terapias de autocontrol, desensibilización autocontrolada, el condicionamiento encubierto y la terapia multimodal de Lazarus (106).

Tras las múltiples y fructíferas discusiones despertadas por los primeros resultados publicados por el grupo de Beck (12) parece que la eficacia de este tipo de intervención sobre una amplia gama de **trastornos depresivos** está universalmente aceptada. Lo que en modo alguno ha quedado probado (y constituye uno de los desafíos a la investigación en este campo) es que tal eficacia sea atribuible a los mecanismos que presuponen las teorías cognitivistas sobre la depresión (12, 110-118) o, incluso que las hipótesis básicas sobre la naturaleza de la depresión puedan sostenerse. Respecto a este último extremo Haaga y Beck (119) han publicado un interesantísimo artículo en el que la comprobación de que no existe base empírica para sostener la existencia de un *pesimismo depresivo* les lleva, no a formular una nueva estrategia de tratamiento de los trastornos depresivos, sino a proponer un cambio de fundamento epistemológico para las terapias cognitivas sustituyendo el neopositivismo ingenuo que las inspiró al principio por el constructivismo social.

Se ha probado la eficacia de las intervenciones cognitivas sobre trastornos diferentes de la depresión como la **hipocondría** (120-121). Sin embargo, como señalan Hollon y Beck en su última revisión (122) donde se han producido los mayores avances en los últimos años ha sido en la demostración de la eficacia de las intervenciones cognitivas sobre toda una gama de **trastornos de ansiedad**. Así ha ocurrido con estrategias específicas y basadas en terapia cognitiva de tratamiento del **pánico**, con intervenciones basadas en la terapia cognitiva que han demostrado efectos perdurables sobre **trastorno de ansiedad generalizada**, intervenciones cognitivo-conductuales sobre **fobia social** o tratamientos de inoculación del estrés en **trastorno**

de estrés post-traumático. Existen prometedoras perspectivas para intervenciones sobre **fobia simple y trastorno obsesivo-compulsivo** (122).

La terapia cognitivo-conductual se convertido en la modalidad mas comunmente utilizada de tratamiento de la **bulimia nerviosa** aunque no ha conseguido aún demostrar el mismo éxito en el tratamiento de otros trastornos de la conducta alimentaria como la **anorexia nerviosa** y la **obesidad**. También se han realizado importantes avances en el campo de los **trastornos de la personalidad** para los que se han propuesto intervenciones precisas y específicas (123). Se trabaja en modelos de intervención en **esquizofrenia** en varias líneas que parecen prometedoras (124). Lo mismo sucede con diversas **adicciones**. Se ha demostrado la eficacia de intervenciones para trastornos de la conducta **en niños** aunque la evidencia de éxito en el tratamiento de trastorno por déficit de atención es menos clara (122).

Como señalan Hollon y Beck (122) los hallazgos negativos en este campo han sido pocos y la evidencia de eficacia se hace mas patente cuando los primeros ensayos basados en intervenciones poco elaboradas, llevadas a cabo por profesionales inexpertos han ido dando paso a pruebas mejor construidas metodológicamente.

Un hecho remarcable en el campo de las terapias cognitivas es que estas se han desarrollado prestando muy poca atención a los importantes avances de la psicología cognitiva desarrollada en los ámbitos universitarios (que a su vez, tampoco les ha prestado demasiada atención). Existe, sin embargo una creciente toma de conciencia de este problema que se ha traducido ya en alguna polémica y algunas propuestas (125-132)

Terapias sistémicas

La aplicación de la teoría general de sistemas a la conceptualización y tratamiento de los trastornos mentales supuso una auténtica convulsión en el panorama de las intervenciones psicoterapéuticas. De hecho la óptica con que cualquiera de los modelos en liza afrontan hoy

problemas como el de la causalidad, el papel del entorno, el papel del observador, el cambio o la neutralidad, debe no poco a las aportaciones de esta escuela que nació - aunque su desarrollo europeo se haya alejado notablemente de ese origen - más como intento de generar un sistema capaz de dar cuenta del modo en el que podían resultar efectivas las intervenciones realizadas desde las diferentes escuelas, que de constituirse en una nueva (133).

Estas terapias se inspiraron en las ideas derivadas de la Teoría General de sistemas de Von Bertalanffy, en la posterior conjunción de éstas con la cibernética de Wiener y en la última década con el construccionismo. Supusieron un cambio de paradigma con respecto a las demás técnicas terapéuticas tradicionales, que comparten importantes asunciones epistemológicas como son: 1- los determinantes de la conducta de una persona residen dentro de la persona, dentro del límite de la piel de una persona, 2- la conducta humana opera de acuerdo con las leyes de la causalidad, es decir que la causa precede al efecto, 3- la causalidad se basa en la energía, 4- la conducta de una persona, sobre todo la sintomática tiene un propósito y es adaptativa., 5- todas asumen básicamente que existe una realidad objetiva que puede ser descubierta, es decir, los clínicos creen descubrir que hace realmente a la persona pensar sentir y actuar como lo hacen. Con el modelo sistémico, la conducta pasó a ser descrita en términos de relaciones interpersonales en un contexto. El interés se desplazó del individuo a la familia, considerada como un sistema “sin piel”, de la causalidad lineal a la circular, de la energía a la información, pauta, neguentropía. Ésto no quiere decir que se niegue la existencia de una vida mental interior o intrapsíquica, o que el abordaje interaccional sea el “verdadero”, sino que éste ofreció un camino totalmente novedoso e igualmente válido de entender y tratar la conducta problemática (134)

Desde los presupuestos sistémicos iniciales, en que el individuo y la familia son vistos como "sistemas" o conjunto de elementos en interacción, se ha pasado con la llegada de las ideas

provinientes del constructivismo y en particular del constructivismo social a considerar el *significado* como un proceso fluido de narrativas en constante cambio que son derivadas socialmente y que existen en el lenguaje. Con la incorporación de las ideas construccionistas: A través de la terapia familiar se crea un ambiente terapéutico en el cual cada individuo es capaz de compartir sus percepciones, ideas y creencias (135).

El foco terapéutico se centra en la creación de preguntas y de un medio terapéutico que pueda cumplir la tarea de conseguir un ambiente que facilite a las personas la oportunidad de tener nuevas y diferentes experiencias perceptivas, para las cuales están preparados. Cada miembro de la familia es estimulado a plantear su propia realidad en presencia de los otros miembros de la familia.

Probablemente la aportación mas conocida de esta escuela sea el desarrollo de diversos modelos de terapia familiar (133-138) desarrollados a partir de sus primeros trabajos sobre el papel de las relaciones familiares en el desarrollo de los trastornos mentales graves (139). De hecho, y a pesar de que los planteamientos originales mas bien se orientan a abrir la posibilidad de la terapia familiar que a propugnarla como alternativa ideal, durante los años últimos años setenta y primeros ochenta el abordaje sistémico y el encuadre familiar se han hecho casi inseparables. En los últimos años se ha producido un progresivo movimiento a la consideración del nivel individual y a la integración de conceptos cognitivos o incluso psicoanalíticos.

La muy abundante investigación desarrollada desde esta perspectiva (que ha dado para mantener simultáneamente revistas como Family Process, Journal of Strategic and Systemic Therapies o Therapie Familiale) ha sido, sobre todo, investigación de proceso. No hay estudios controlados de eficacia comparada sobre problemas bien definidos con otras intervenciones.

Psicoterapia interpersonal

La escuela interpersonal se basa en las ideas de Meyer y Sullivan y, aunque es poco

conocida en nuestro país, ha desarrollado buena parte de la investigación sobre eficacia de intervenciones psicoterapéuticas llevada a cabo en los Estados Unidos de América.

Su principal campo de aplicación ha sido la terapia de la depresión sobre la que ha desarrollado un método manualizado (13) que ha sido una de las cuatro modalidades de tratamiento comparadas en el estudio del Instituto de Salud Mental americano (140). Además de haber resultado más eficaz que el placebo y tanto como las otras alternativas (medicación y terapia cognitiva) en la resolución de los episodios depresivos, la terapia interpersonal ha demostrado ser eficaz en la prevención de recidivas en depresión recurrente Frank (141-143) y que su eficacia está en relación con la pureza (142, 144) del método interpersonal descrito en el manual de 1984 (13). Recientemente se trabaja sobre la aplicación sistemática del modelo a otros trastornos diferentes de la depresión (13, 145).

La investigación sobre psicoterapia interpersonal tiene la ventaja de estar realizada en ámbitos clínicos y con poblaciones clínicas. Hay abundante literatura sobre su utilización conjunta con psicofármacos (146).

En este mismo volumen se exponen algunas reflexiones sobre la utilización de la terapia interpersonal de la depresión en nuestro país (147)

Psicoterapia e integración

Como hemos señalado repetidamente, durante los últimos 15 años se ha experimentado un crecimiento sin precedentes de las producciones que pretenden trascender o superar los límites impuestos a la práctica psicoterapéutica por cada una de las escuelas y recurrir a aportaciones de las otras para dar cuenta de aquellos fenómenos que cada una no es capaz de explicar o resolver satisfactoriamente. Este movimiento, que ha sido denominado ecléctico, integrador, convergencia, pluralismo, aproximación, unificación o prescripcionismo, ha sido certeramente calificado como una **metamorfosis en la salud mental** (148).

Ya en los años sesenta un 40% de los psicólogos clínicos americanos se autodefinían como eclécticos (149). Esta cifra aumentó hasta un 55% (150, 151) en los años setenta y sigue en aumento en los estudios más recientes (152). Un fenómeno semejante ha tenido lugar con los psiquiatras y trabajadores sociales (153) con funciones clínicas en los Estados Unidos y se ha detectado también en Europa (154).

La cantidad de libros y manuales de psicoterapia de orientación ecléctica o integradora ha ido también en aumento (25, 98, 155-169) desde que surgieran los precursores de los setenta (170-173).

Paralelamente se han desarrollado organizaciones como la Society for the Exploration of Psychotherapy Integration y han surgido revistas como el Journal of Psychotherapy Integration. El eclecticismo y la integración en psicoterapia han estado presentes también en las revistas generales y han llegado a provocar declaraciones de principio en revistas que surgieron precisamente como expresión de escuelas concretas como International Journal of Short-Term Psychotherapy.

En un excelente trabajo de revisión en el que Norcross (154) actualiza lo expuesto en un trabajo publicado en el *American Journal* en 1989 (153), propone las siguientes razones para explicar este vertiginoso ascenso del movimiento ecléctico integrador.

- 1.- El resultado equivalente de las diferentes terapias puesto de manifiesto por un trabajo investigador cada vez más amplio y sofisticado
- 2.- Ninguno de los modelos es plenamente satisfactorio para todos los pacientes y todas las situaciones
- 3.- La proliferación en el número de terapias específicas
- 4.- La existencia de descripciones más específicas y operativas de la práctica clínica (a través de los manuales y del uso de los sistemas audiovisuales de

registro)

5.- El creciente interés por las formas breves de intervención

6.- La interacción entre profesionales de diferentes orientaciones en las clínicas dedicadas a trastornos específicos o en los centros públicos

7.- Un conglomerado de factores políticos y socioeconómicos ligados a la crisis y la exigencia de eficiencia

8.- La actuación de los grupos organizados y revistas a los que antes nos referíamos.

En este mismo trabajo Norcross y Arkowitz (154) nos proponen la consideración de cuatro modelos de integración, cada uno de los cuales se ha ocupado de diferentes problemas y ha evidenciado diferentes hechos. Nos ocuparemos sucesivamente de los cuatro

1)eclecticismo técnico

Se trata de una estrategia consistente en escoger para cada caso la técnica de intervención que ha resultado en el pasado mas eficaz para personas y problemas semejantes sin intentar generar una teoría que pretenda dar cuenta de la actuación de todas ellas. Sus dos representantes mas genuinos son Lazarus y Beutler.

La **terapia multimodal** de Lazarus (160) pretende seleccionar técnicas en base a la evidencia empírica de su efecto sobre problemas detectados tras una cuidadosa evaluación de aspectos del funcionamiento humano como la conducta, la afectividad, las sensaciones, la imaginación, las cogniciones, las relaciones interpersonales y la biología. En el apartado sobre las fases intermedias del proceso psicoterapéutico en este mismo volumen se recogen con mas detalle sus propuestas. Lazarus se define como un ecléctico que ha desarrollado un sistema para seleccionar intervenciones de diferente fundamento pero sin olvidar su postura anclada en una visión basada en las teorías del aprendizaje y que debe mucho al constructivismo social de

Bandura (174-175).

El **eclecticismo sistemático** de Beutler (156, 176, 177) pretende optimizar los resultados buscando la combinación mas acertada entre una serie de características del paciente, del terapeuta y de la relación establecida entre ellos. Tal tentativa ha guiado alguna investigación proceso-resultados (178). El procedimiento es discutido en este trabajo en el capítulo sobre la psicoterapia como proceso en el apartado dedicado a la búsqueda de pautas disfuncionales durante las fases intermedias.

2)factores comunes

Se trata de una aproximación que busca detectar las **semejanzas** en la teoría o la práctica entre las diferentes terapias sobre el supuesto de que estas pueden ser, al menos en parte, responsables de los similares resultados obtenidos por todas ellas.

Suelen citarse como antecedentes de esta orientación los trabajos de Fiedler (179-180) en los que este autor puso de manifiesto que los terapeutas con muchos años de experiencia en las diferentes orientaciones coincidían entre sí en mayor medida que con los novicios de su propia escuela tanto a la hora de definir una relación terapéutica ideal como en las observaciones de sesiones reales.

Sin embargo el verdadero padre de toda la investigación sobre factores comunes es Jerome Frank (181-184). Este autor pretende que las diversas psicoterapias no representan sino variaciones de los procedimientos tradicionales de ayuda psicológica. Para él las diversas psicoterapias producen su efecto porque proporcionan:

- 1) una relación de confianza cargada emocionalmente.
- 2) un encuadre que refuerza las expectativas de recibir ayuda del cliente y su confianza en el terapeuta como sanador.
- 3) un esquema racional que explica los síntomas y propone estrategias para su resolución.

4) una serie de procedimientos que terapeuta y cliente aceptan como medio de resolver los problemas de éste.

Según Frank el esquema racional propuesto para explicar los problemas (el **mito**) y los procedimientos aceptados por terapeuta y cliente (el **ritual**) proveen nuevas experiencias, evocan expectativas de ayuda, proveen oportunidades para ensayos y prácticas, y fortalecen la relación terapéutica.

El otro gran representante de esta escuela, James Prochaska (1966, 1985-1987) ha estudiado los factores comunes de los diferentes procesos terapéuticos. Sus ideas son desarrolladas con amplitud en el apartado correspondiente a las teorías sobre el cambio en las fases intermedias dentro del capítulo sobre el proceso psicoterapéutico de este mismo trabajo.

Norcross (1984) propone la siguiente agrupación de factores comunes estudiados por 50 autores:

- 1.- características del cliente (como expectativas, esperanza y confianza)
- 2.- características del terapeuta (como favorecimiento de la esperanza y las expectativas, afecto, consideración y empatía)
- 3.- procesos de cambio (catarsis, adquisición y práctica de nuevas conductas, provisión de explicaciones, introspección o toma de conciencia y aprendizaje emocional e interpersonal)
- 4.- estructuras terapéuticas (técnicas o rituales, revisión del mundo interno y exploración de aspectos emocionales, adherencia a la teoría y encuadre sanador)
- 5.- aspectos relacionales (alianza terapéutica)

Lambert y Bergin (1994) proponen otra agrupación diferente que recogemos en el **cuadro 4.**

3) integración teórica

Los intentos de conciliar los hallazgos de las teorías del aprendizaje con los del

psicoanálisis explicando uno en términos de las otras han contado entre sus mentores con alguna de las grandes figuras del primer psicoanálisis como French (188) o Alexander (189) que, en un artículo que Marmor y Woods (162) tuvieron el acierto de reimprimir, incluye también referencias a la psicología gestáltica. Sin embargo estas escuelas se han desarrollado, generalmente, de espaldas, ignorando mutuamente los hallazgos y problemas planteados por la otra.

Hay un acuerdo general (154, 173) en considerar el libro de Dollard y Miller de 1950 (190) como el primer intento sistemático de integración teórica de psicoanálisis y conductismo que iba más allá de la mera labor de traducción de los conceptos de uno al lenguaje del otro y que se traducían en propuestas concretas para la práctica de la psicoterapia. El más claro representante de esta corriente es Wachtel (168, 173, 191, 192), que ha propuesto una verdadera teoría de síntesis en la que pretende hacer con los neofreudianos una operación semejante a la que estos realizaron con Freud e incorporar a su reflexión todos los hallazgos de los terapeutas conductistas bajo el rótulo de **psicodinámica cíclica**. Recientemente se han desarrollado diversos intentos de integración de psicoterapias analíticas y cognitivas (193-196). Tanto las propuestas de Wachtel como las de Ryle se desarrollan en el apartado dedicado a la definición de las pautas disfuncionales en las fases intermedias del proceso psicoterapéutico en este mismo trabajo.

4) integración con teorías e investigaciones en psicología básica.

Esta última modalidad de integración de las señaladas por Norcross y Arkowitz (154), se orienta a integrar las consecuencias de los hallazgos obtenidos por las diferentes escuelas psicoterapéuticas sobre la base de teorías psicológicas básicas. Estos autores citan algunos ejemplos de tentativas efectuadas sobre la psicología cognitiva académica o sobre la psicología social (125-132). Entre los trabajos más influyentes de esta corriente se encuentran los últimos de Horowitz (81).

2.- LA PSICOTERAPIA COMO PROCESO

Hablar de las psicoterapias en general (o, al menos, de las - muchas - que se atienen a nuestra definición) supone postular para ellas una estructura (o, como mínimo, una característica) común que nos ha de servir de guía para dar cuenta ordenadamente de las diferencias y similitudes entre las diferentes propuestas. Esto puede parecer algo artificial en algunos momentos. Pero nos ha parecido una alternativa preferible a convertir nuestra exposición en una yuxtaposición de discusiones de alternativas estructuradas según lógicas diferentes.

Seguiremos un esquema basado en la idea de que las psicoterapias pueden ser entendidas como un proceso en el que (2) - distinguiremos cuatro fases: 1) indicación, 2) iniciales, 3) intermedias y 4) terminación. Lo que sigue es, en gran medida una discusión de las conclusiones de un trabajo anterior (2) con lo que sobre estos temas hemos encontrado en la literatura.

FASE DE INDICACIÓN

La fase de indicación comprende desde el primer contacto con el paciente hasta el momento en el que decidimos iniciar una intervención psicoterapéutica. Se trata de un proceso que obedece a reglas diferentes en el sector privado y en la práctica pública. La **figura 1** representa el proceso que esta fase conlleva en la práctica pública.

En primer lugar hay que considerar que en las condiciones actualmente vigentes en el sistema nacional de salud de nuestro país, los profesionales de salud mental no recibimos demanda espontánea sino pacientes para los que el médico de atención primaria ha hecho una indicación de atención en el nivel especializado (que actúa en **segunda línea** respecto a la atención primaria de salud). Por ello, la primera pregunta a plantearse es si paciente requiere efectivamente atención en el nivel especializado (de no ser así el caso es devuelto, con la consiguiente valoración razonada, al médico de atención primaria). Las condiciones para la

indicación de atención psiquiátrica especializada distan de ser obvias. La mera demanda de este tipo de atención por parte del paciente (que pudiera ser suficiente en ciertos contextos privados) no es, en este, ni suficiente ni necesaria (pensemos en los tratamientos involuntarios). La atención por parte de un servicio público es un derecho que ejerce por medio del uso de unos recursos limitados. Corresponde a los responsables de los servicios determinar sobre que problemas y en que medida se aplican los recursos disponibles. En el caso que nos ocupa esta determinación ha de resultar de un acuerdo entre los profesionales de atención primaria y los especialistas en salud mental. En función de la disponibilidad, tiempo, actitudes, capacidades, formación de cada uno de ellos pueden considerar preferible diferentes soluciones. Hay lugares en los que la gravedad es un criterio de derivación y lugares en los que está claramente establecido que lo determinante es el tipo de intervención requerida, con lo que, por ejemplo, las depresiones melancólicas (que responden bien al tratamiento con antidepresivos) serán asumidas con mas probabilidad por la atención primaria que los duelos patológicos o las depresiones reactivas (que no responden a los fármacos y se benefician de intervenciones psicoterapéuticas mas complejas) aunque estas sean de menor gravedad (197). Según hemos planteado en otro lugar (2) "la decisión - de derivar o no - se basa - o, mejor, debería basarse - en que se requiere (o no) una intervención cuya complejidad rebasa las posibilidades de manejo en atención primaria". Los factores a considerar suelen ser características del paciente (diagnóstico, pero también edad, estado de salud, momento del ciclo vital, expectativas, disposición para uno u otro tipo de trabajo...) y del contexto (apoyo social, responsabilidad sobre otros, presencia de estresores y modificabilidad de los mismos...) y su concordancia con el repertorio de habilidades que cada profesional es capaz de poner en juego.

Un segundo elemento a considerar en el proceso de indicación es la posibilidad de que lo que se requiera sea una intervención en algún recurso de nivel terciario (un hospital o un entorno

residencial protegido, por ejemplo). El riesgo de suicidio, la disponibilidad de soporte social y la concurrencia de circunstancias somáticas son los factores que deben considerarse para tomar esta decisión (rara ya que mientras que un 2 por ciento de la población es atendido anualmente en los servicios de salud mental sólo un 0.06% requiere el uso de recursos terciarios).

Una vez claramente establecido que un paciente va a ser atendido en el nivel psiquiátrico especializado se plantean **simultáneamente** las preguntas sobre la viabilidad de un tratamiento farmacológico o psicoterapéutico (que en absoluto son excluyentes).

Los criterios a considerar para la viabilidad de una u otra modalidad de tratamiento tal y como fueron descritos por nuestro grupo (2) se resumen en los **cuadros 5 y 6**. Nótese que en ninguno de los casos es preciso que el cuadro o trastorno de base responda al tratamiento. Nadie se escandalizaría de que en un momento se utilizaran neurolépticos o ansiolíticos para mejorar la inquietud psicomotriz o los problemas de conducta de un sujeto con una demencia a pesar de que estos no actúan sobre este trastorno. Del mismo modo las intervenciones psicoterapéuticas que se realicen sobre un sujeto esquizofrénico o con lo que se conoce como un trastorno *borderline* de la personalidad no tienen porque pretender erradicar de esos sujetos tales condiciones (la esquizofrenia o el trastorno de la personalidad). Modificar ciertos síntomas o la repercusión que el trastorno tiene sobre la calidad de vida del sujeto es un fin más que legítimo. Como puede observarse en los cuadros 5 y 6 las consideraciones para la indicación de una u otra modalidad de tratamiento son muy parecidas. La posibilidad de tratamiento psicoterapéutico está sometida, sin embargo, a una condición adicional a la que ya hacíamos referencia en el apartado dedicado a las definiciones como **la posibilidad de construir una versión del problema presentado por el paciente en el que este aparece como implicado personalmente en el origen, el mantenimiento o las posibilidades de resolución del mismo.**

La versión puede ser aportada desde un inicio por el paciente

"no se como lo hago pero cuando tengo que entrar en su despacho - el del jefe - me entra la sensación de que va a descubrir que he hecho algo mal y paso ya como pidiendo disculpas. Al salir me siento idiota y cuando estoy sola me pongo a llorar"

Es mas frecuente que el paciente no disponga de entrada de tal versión de su problema y ésta resulte de un trabajo de exploración y establecimiento de acuerdos del que intentaremos dar cuenta al hablar de las fases iniciales.

Nos parece importante señalar que la versión aceptada por el paciente, si bien tiene que cumplir necesariamente esta condición de concederle un papel, no tiene por qué coincidir con la idea global que del problema se hace el terapeuta. Una paciente con unos ataques de pánico cuyo significado en su biografía sólo pudo ser establecido avanzado el curso la terapia inició la misma convencido de que en origen de sus crisis había un desrreglo hormonal pero

"De lo que sí me doy cuenta es de que el miedo a que el ataque repita me pone en guardia y me asusto, y me noto mal y entonces me asusto aún mas y mi organismo responde de una manera que facilita que se repita el ataque. Lo que yo creo que podría hacer aquí es aprender a controlar ese círculo vicioso"

Este paciente no se sentía implicado en el origen de su trastorno pero se concedía un cierto papel - y por consiguiente una capacidad de influir - sobre su mantenimiento o sobre su curso (que le parecía que empeoraba por el modo en que se enfrentaba a su problema). La condición a la que nos estamos refiriendo puede cumplirse aun con menos de esto. Un paciente con un trastorno somatoforme muy grave que, cuyo inicio pudo ser puesto a lo largo de un año de tratamiento con su historia personal de pérdidas, inició su proceso terapeutico sin cuestionar su firme convencimiento inicial de que sus padecimientos eran consecuencia de la mala práctica médica de la que había sido objeto pero que:

"Ahora veo que, si ustedes me ayudan a hacerlo, yo podré aprender a vivir con mi

enfermedad de otro modo y a controlar mis mareos y mis dolores para poder, por lo menos, volver a salir a la calle"

Como sucedía en este caso, para iniciar el proceso no es preciso que el sujeto se sienta personalmente involucrado en el origen, ni, siquiera, en los mecanismos que perpetúan el trastorno. A veces basta con que considere que puede hacer algo para modificar su evolución. El sujeto de nuestro último ejemplo estaba convencido de que sus dolores y mareos no habían tenido nada que ver con él hasta la fecha pero creía que podía aprender con nosotros algo que le sirviera para *controlarlos* o siquiera *para llevarlos mejor*, en el futuro.

El paciente que no acepta, tras las entrevistas iniciales, una lectura del problema en la que esté, de algún modo, personalmente implicado, no es abordable con psicoterapia.

"Le he dicho ya varias veces que mi vida de pareja, familiar y laboral no puede ir mejor, que me gusta como soy y que yo sería feliz sino tuviera este maldito mareo y como falta de aire, así que no se empeñe en preguntar mas, ni me quiera comer el coco; si sabe de alguna pastilla que me lo pueda quitar, me la da y, si no, me lo dice y me aguanto por lo menos hasta que la medicina avance un poco mas"

La indicación de tratamiento farmacológico se completa con una definición precisa de éste. Tal definición puede establecerse en términos de **qué sustancia, en que dosis, con que objetivo y por cuanto tiempo** se va a utilizar. Esta definición es un poco mas complicada cuando se refiere a una intervención psicoterapéutica. En otro trabajo (2) establecimos una serie de parámetros que permitirían situar la intervención que planeamos realizar y que puede servir como guía para formular preguntas útiles en esta fase (**cuadro 7**). Sin embargo no vamos a detenernos ahora en este tipo de definiciones porque van a ser mejor entendidas una vez que hallamos desarrollado las fases intermedias del proceso terapéutico.

En cualquier caso el convencimiento de que un determinado problema presentado por un

paciente (sobre el que ya se ha determinado que debe ser abordado en el nivel de atención psiquiátrica especializada) sea susceptible de tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico no significa que éste deba ser automáticamente aplicado. Caso de ser abordable por ambos procedimientos debe plantearse la cuestión de la **eficacia** (resultados) y la **eficiencia** (relación coste/beneficio) de ambos antes de determinar si se va a utilizar uno, otro o una combinación de ambos abordajes. Existe literatura que informa de mejores resultados de terapias combinadas que de cualquiera de ellas aislada (140, 146, 198). Además pueden utilizarse combinaciones que pueden permitir el abordaje de diferentes aspectos de un problema complejo. existen buenas y extensas revisiones de este tema (146, 198) que no es objeto directo de este trabajo. En nuestro medio la combinación es la norma mas que la excepción 32% frente a un 26% de psicoterapias sólo - 15% individuales, 3% de familia o pareja y 8% de grupo) en adultos y es mas frecuente que la farmacoterapia en niños y adolescentes (en los que un 74% son intervenciones psicoterapéuticas puras - 40% individuales, 15% de familia y 19% de grupo- 7% combinación de fármacos y psicoterapia y sólo 1% farmacoterapia sólo).

En definitiva la fase de indicación es un proceso por el que el evaluador concluye que el sujeto que ha sido derivado a los servicios de salud mental por el médico de atención primaria requiere efectivamente atención especializada y esta incluye alguna intervención psicoterapeutica como único componente del tratamiento o en combinación con algún fármaco.

FASES INICIALES

Frecuentemente se conoce este momento de la terapia como fase de **evaluación**. Hemos preferido el término mas general de **fases iniciales** en consideración de que, si bien la evaluación es una tarea central en este momento de la terapia no es, ni mucho menos la única (2).

Efectivamente esta fase concluye con la consecución de tres objetivos 1) la evaluación y

correspondiente **formulación del caso** 2) la construcción de la **alianza de trabajo** y 3) el **contrato**. Las posiciones psicoanalíticas extremas en las que para que el proceso terapéutico comience no es preciso que nadie disponga de una idea más o menos precisa sobre la naturaleza del problema - y aún consideran que tal visión sería más un obstáculo que un instrumento para el buen fin de este proceso - no son de aplicación en el trabajo en la psiquiatría pública, con lo que no entraremos a discutirlos. Fuera de ellas casi nadie considerará que podamos dar por concluida este momento inicial sin haber cumplido el primero de estos objetivos.

La necesidad de cumplir el segundo objetivo - establecimiento de una **relación terapéutica** - es - una vez que se enuncia obvia: de nada nos sirve una apreciación muy exacta del problema a tratar sino se dan las condiciones (de confianza, de acuerdo sobre la naturaleza de la tarea y sobre los respectivos roles a asumir en ella por el terapeuta y el paciente) que nos han de permitir trabajar. Sin embargo nos pareció necesario explicitarlo porque a pesar de que todo terapeuta con cierta experiencia se ha visto en alguna ocasión renunciando a obtener alguna información o ralentizando el proceso de adquirirla para salvaguardar esta relación o, incluso, ha salido muy satisfecho de alguna primera entrevista en la que casi ni ha podido averiguar la naturaleza del problema sólo porque ha conseguido remover los obstáculos que inicialmente tendía el paciente a cualquier intento de aproximación productiva, es frecuente que este objetivo se omita en los textos introductorios.

El tercer objetivo - el establecimiento de un **contrato** - sí que es más controvertido y nos ha dado pie a muchas - y productivas - discusiones cuando lo hemos expuesto en cursos y seminarios sobre la materia. En nuestro país casi ningún terapeuta establece - ni siquiera en el sector privado - un contrato escrito. Un contrato verbal que, por lo menos establezca el monto de los honorarios, el horario, qué sucede en caso de urgencia y qué se espera de cada una de las partes, parece inevitable en el marco de la práctica privada. Pero la situación es menos clara en la

práctica pública (podría parecer que la atención psicoterapéutica se atiene a un contrato general sobre uso de servicios ofertados por el estado) y hemos oído a muchos compañeros sostener que ellos *no hacen contrato*. Nuestra postura al respecto es que el contrato es un elemento central en la práctica de la psicoterapia. Hasta el extremo de que nos parece, sencillamente, **imposible trabajar sin contrato** o, dicho de otro modo, **no creemos que sea verdad que estos compañeros trabajen sin contrato**. Lo que es posible es **no hacer explícito - a veces ni siquiera hacer consciente - el contrato que se firma**. Nuestra hipótesis es que allí donde alguien pretende trabajar sin contrato lo que existe es un **contrato implícito**. En el peor de los casos mas o menos en los siguientes términos:

"No se muy bien que le pasa, pero, le veré a usted cuando tenga sitio en mi agenda, durante un lapso de tiempo que depende del follón que tenga en la sala de espera y mientras usted no se cure, se desespere o tenga dinero para pagarse un buen psiquiatra, con el fin de enterarme de si usted mejora o muere a causa de la medicación que le he prescrito. Tampoco se si hago todo esto porque me parece usted una mujer maravillosa o porque me pagan para ello"

Es importante hacer manifiesto algo diferente y las fases iniciales deben terminar con una discusión explícita de un contrato que se convierte, así, en un instrumento terapéutico y de control del proceso. Las fases iniciales se extienden, por tanto, desde el primer contacto hasta el contrato.

Un contrato debe referirse al menos a tres áreas diferentes. En primer lugar debe referirse al **foco**. Se trata de acordar una versión del problema que puede ser compartida por terapeuta y paciente y que permita organizar el trabajo. Para conseguir esto el terapeuta debe hacer partícipe al paciente de su **hipótesis** sobre que le pasa a través de una exposición fundamentada que generalmente va a incluir alguna referencia a la base teórica que lo sustenta. Este tipo de

referencia que nunca fue extraña a los practicantes de la modificación de conducta, se ha impuesto también en los manuales de terapias cognitivas (12), interpersonales (13) o psicodinámicos (25, 83, 88). Esta exposición debe incluir una estimación **pronóstica** y servir para justificar una **propuesta de tratamiento**.

En segundo lugar el contrato debe referirse al **enquadre**. Este debe definirse en términos de personas incluidas en el proceso (individual, de pareja, de familia, de grupo...), lugar en el que va llevarse a cabo, posición (cara a cara o no, en la mesa o en los sillones...), horario, frecuencia y duración de las sesiones, manejo de incidencias como retrasos, citas perdidas o canceladas, urgencias o citas extras y duración previsible (ilimitado, con pretensión de brevedad, con fecha de terminación fija, con número de sesiones predeterminado....). Deben explicitarse las normas básicas que han de regular la actividad del paciente (asociación libre, cumplimiento de las tareas para casa...) y del terapeuta (contestará o no a todas las preguntas, preguntará directamente o no, dará o no opiniones o consejos...).

Por último, el contrato debe establecer los **objetivos** del tratamiento y explicitar las expectativas de ambos participantes. Los objetivos, deben ser limitados, realistas y evaluables (*vamos a trabajar para conseguir que pueda subir al autobús sin sufrir estos ahogos*), huyendo de definiciones vagas y formulaciones muy generales (*ser mas feliz*). Definir correctamente unos objetivos supone considerar sus costos y los riesgos que entraña su prosecución y establecer unos marcadores de logro que nos permitan saber en que medida nos aproximamos o no a ellos. El **cuadro 8** resume estos requisitos del contrato.

Estamos convencidos de que el establecimiento de un contrato de estas características supone enormes ventajas en la práctica de la psicoterapia en el sector público. Nuestra recomendación es que cada terapeuta se familiarice con un contrato tipo que adapte a las características de cada paciente. El momento de establecer el contrato suele aportar mucha

información sobre expectativas y actitudes del paciente. El haber explicitado las condiciones de tratamiento reglamentado facilita la referencia al encuadre que, en ocasiones se convierten en un elemento central de la terapia.

El proceso de **evaluación** ha sido objeto de atención detallada en casi todos los prontuarios de psicoterapia y refleja las hipótesis de base sobre los mecanismos del cambio que se busca. Strupp y Binder (88), por ejemplo, establecen que este proceso se refiere a cuatro **tipos de información**

- 1.- **naturaleza de la "enfermedad" previa y actual** incluyendo detalles sobre síntomas, historia de "enfermedades" relevantes de los miembros de la familia, tratamientos anteriores y examen formal del estado mental
- 2.- **historia de relaciones pasadas**, incluyendo una historia familiar detallada
- 3.- información sobre **relaciones actuales**
- 4.- observaciones de **transacciones en la relación terapéutica**

Cada propuesta de psicoterapia especifica los procedimientos por los que se obtiene la información relevante para la definición de las pautas disfuncionales a las que nos referiremos detalladamente en las fases intermedias.

A nosotros nos parece útil considerar la evaluación en una serie de áreas a las que corresponden unas preguntas:

- 1.- evaluación del **problema**. (*¿Que pasa?*)
- 2.- evaluación de la **demanda** (*¿Por qué ahora?*)
- 3.- evaluación de las **posibilidades de tratamiento** (*¿Que será capaz de hacer para lograr lo que quiere?*)
- 4.- evaluación de las **posibilidades de relación terapéutica** (*¿Cómo podríamos - él y yo- trabajar para lograr eso?*)

5.- evaluación de la **contratransferencia** (*¿Que problemas me puede provocar esto?*)

6.- evaluación del **contexto** (*¿Como repercutiría esto en el entorno y viceversa?*)

En un trabajo previo (2) establecimos cuatro orientaciones para estas **tareas exploratorias**

1. **Problema** (síntomas, afectos, cogniciones, conductas, biografía, circunstancias concomitantes...)

2. **Ámbito de manifestación** (pasado, presente, relación terapéutica...)

3. **Posibilidades de tratamiento** (predisposición para el cambio, motivación, experiencias de tratamientos anteriores...)

4. **Factores limitantes y facilitadores** (nivel cultural, capacidad de verbalización, sistemas de apoyo...)

Lo que importa establecer es que, en cualquier caso, las tareas durante esta fase no son exclusivamente exploratorias. En otro lugar (2) incluimos otras dos: la **explicación o interpretación de prueba** y la **definición de los roles de terapeuta y paciente**.

Las explicaciones o interpretaciones de prueba son *intervenciones orientadas a proporcionar una demostración de la capacidad del paciente de trabajar en diferentes registros y a servir de base para el acuerdo de un foco en el contrato*. Su empleo, habitual también en las terapias tradicionales más prescriptivas, ha ido haciéndose rutinario en las propuestas más expresivas hasta convertirse en un elemento central de las fases iniciales para terapeutas como Davanloo (79) o Strupp y Binder (88)

La **definición de los roles de terapeuta y paciente** es crucial, ocurre en estas fases tempranas y depende sólo en escasa medida de lo que se explicita en el contrato. se trata de hacer surgir entre dos personas desconocidas una relación **compatible con el trabajo y aceptable por ambas partes**. Esto sucede en cualquier encuentro terapéutico y ha sido bien analizado, por

ejemplo por Beitman (1955). Este primer encuentro terapeuta-paciente se juega en primer lugar en un terreno interpersonal. Las características externas (aspecto, cultura, sexo, edad, estilo de comunicación, signos externos denotadores de valores - medallas, insignias, adornos, vestido, periódico que se lee...) de ambos participantes pueden hacer anticipar el curso de la relación determinando un grado de simpatía preliminar. Pero este encuentro se verifica también en un registro **experto/lego**. El paciente ha de reconocer en el terapeuta la competencia necesaria para poder ponerse confiadamente en sus manos. Esta operación es más complicada en el sector público ya que en el sector privado es precisamente la suposición de esa competencia lo que lleva al paciente a un determinado terapeuta y en el sector público no se elige el terapeuta (la pertenencia al sistema público no es generalmente admitida como una buena garantía por la mayoría de los que acuden a él). Pero la verdadera dificultad adicional en la asistencia pública es que esta relación se juega también en el registro **administración/usuario**. El paciente es un ciudadano con derecho al tratamiento que el Estado le garantiza *a través* del terapeuta. La situación se complica aún más si, además, el terapeuta tiene que determinar, por ejemplo, si el paciente debe estar de baja laboral o no. Una buena alianza de trabajo sólo puede establecerse cuando se consigue hacer prevalecer el registro experto/lego sobre los otros dos.

Hacer esto correctamente requiere una atención específica al problema. La exploración de las expectativas e ideas preconcebidas del paciente sobre el tratamiento, sus métodos y sus posibilidades deben ser exploradas sistemáticamente. La pregunta sobre cómo cree el paciente que podríamos ayudarlo y cómo se imagina el tratamiento no debería omitirse nunca. Se deben prestar particular atención a los indicadores indirectos de la evolución de la relación (postura, miradas, comentarios) y buscar retroinformación sobre las iniciativas del terapeuta. El terapeuta debe explorar también sus sentimientos de entrada sobre el paciente y preguntarse por el modo en que podrían posteriormente influir en el curso de la terapia.

Los **problemas** mas frecuentemente encontrados en estas fases y las maniobras comunmente utilizadas para afrontarlos pueden encontrarse en otro texto (2) publicado en este mismo volumen.

FASES INTERMEDIAS

En ellas se dirime la parte sustancial de la terapia ya que las fases iniciales no persiguen sino sentar las condiciones de posibilidad para las intermedias y la fase de terminación permitir que los logros conseguidos en ellas puedan mantenerse o ampliarse sin el apoyo continuado del terapeuta (2). De acuerdo con esto, estas fases están guiadas por dos objetivos. El primero es **acordar (entre terapeuta y paciente, la definición de unas pautas disfuncionales**, (que se definirán en el terreno de la conducta observable, del pensamiento, de las emociones o cualquier otro) que van a ser objeto del cambio. El segundo objetivo es **propiciar la acción de algun(os) factores terapeutico(s) sobre estas pautas disfuncionales** a través de unas **técnicas** y unas **estrategias** (2).

De cara a la exposición nos ha parecido útil recopilar según un esquema común las propuestas realizadas por autores considerados de referencia por las diversas escuelas, expuestos según un esquema común. La selección no pretende ser exhaustiva sino ilustrativa y útil para el posterior desarrollo de la idea de una estructura común a todas ellas.

El esquema a seguir se resume en el **cuadro 9**. Expondremos primero las propuestas realizadas desde algunas de las escuelas psicoterapéuticas clásicas (psicodinámica, cognitiva, conductual, existencial y sistémica) para introducir después las propuestas planteadas desde lo que hoy se conoce como *eclecticismo técnico* (utilización de técnicas provenientes de diversas escuelas según un procedimiento sistemático de selección) y, por fin, las de lo que por contraposición a este eclecticismo, se conoce como *integración teorica* (intentos de construir una teoría capaz de dar cuenta, a la vez, de los resultados obtenidos por intervenciones basadas en las

diversas escuelas. Hemos seleccionado algunos autores representativos de cada orientación, y expondremos sus propuestas según un esquema común que da cuenta de: 1) concepción de los trastornos mentales, 2) definición de la pauta disfuncional, 3) factores terapéuticos, 4) tipo de relación terapeuta/paciente, 5) actividad del terapeuta y 6) formato de psicoterapia propuesto.

A.- DEFINICIÓN DE LAS PAUTAS DISFUNCIONALES

1.- PROPUESTAS ESPECÍFICAS

Desarrollaremos en este apartado propuestas efectuadas desde las diferentes escuelas. En la exposición hemos evitado, en la medida de lo posible, el uso de los tecnicismos propios de cada una de ellas.

1.1. En clave psicodinámica

Los psicoanalistas han sido, por principio, renuentes a proponer formalizaciones de sus intervenciones. Rompen de un modo claro con esta tradición los psicoanalistas implicados en el trabajo de atención psiquiátrica en las condiciones impuestas por las compañías de seguros como Bellak (76-77) y los primeros proponentes de psicoterapias dinámicas breves (Malan y el grupo heredero de Balint (24, 74) en la Tavistock, en Inglaterra y Sifneos (86, 87) y Mann (84,85) en Estados Unidos). Los psicoanalistas que han desarrollado investigaciones con una metodología rigurosa - como el proyecto Penn, liderado por Luborsky (14, 83, 90, 91, 199, 200)) y los proyectos Vanderbilt encabezados por Struppp y Binder (88) - han desarrollado versiones manualizadas de sus intervenciones que constituyen una suerte de *tercera ola* en este terreno.

1.1.1. **David Malan** (24)

Concepción de los trastornos mentales

Los síntomas neuróticos o conductas mal adaptadas resultan de la utilización disfuncional de diversos mecanismos de defensa puestos en marcha para evitar el dolor o el conflicto psíquico o para controlar impulsos inaceptables. Tales síntomas tienen una función expresiva a la vez que

defensiva (por ello son interpretables).

Definición de la pauta disfuncional

La pauta disfuncional se define en términos de **triángulo del conflicto** (sentimiento o impulso, angustia, defensa) y **triángulo de las personas** (actual, pasado y transferencia) La **figura 2** representa estos triángulos. Un determinado impulso inaceptable provocaría angustia, frente a la que se ponen en marcha determinados mecanismos de defensa que resultan disfuncionales y dan lugar al síntoma. Esto debe detectarse e interpretarse (poniendo de manifiesto estos tres ejes del triángulo del conflicto (impulso angustia y defensa) en cada uno de los escenarios que constituyen el triángulo de las personas (en las relaciones actuales del paciente, en su relación con sus figuras parentales y en su relación con el terapeuta, en la transferencia).

Factores terapéuticos

El principal es traer a la conciencia y expresar los sentimientos ocultos, después de haber puesto de manifiesto la defensa que se articula contra la angustia que despierta (triángulo del conflicto) en cada vértice del triángulo de las personas.

Tipo de relación terapeuta/paciente

Ante todo es el lugar de la transferencia

Actividad del terapeuta

Por un lado está la actividad de **escucha** (clave de la labor analítica) y **atención al rapport** (que Malan entiende como sensor hasta el extremo de plantear la intensificación del rapport como indicador del acierto de una interpretación) y, por otro, la actividad de **interpretación** (en términos de los dos triángulos).

Formato de psicoterapia propuesto

El formato propuesto es el de una psicoterapia breve (20-40 sesiones) sin límite prefijado

de tiempo (aunque sí se expresa la intención de brevedad y el carácter focal), con 1 sesión semanal, que se realiza cara a cara.

Ricardo es un hombre de 32 años que busca tratamiento tras haber golpeado a su pareja. A lo largo de su vida esta situación se ha repetido otras tres veces forzando la ruptura de las relaciones anteriores. Según cuenta, el objetivo más importante en su vida es conseguir construir una familia y quiere evitar que la conducta agresiva anterior se repita. Espontáneamente relata ser hijo de una madre soltera que se dedicaba a la prostitución y que le abandonó y maltrató físicamente en numerosas ocasiones, acusa'ndole de ser él el culpable de su prostitución. Inició tratamiento con una terapeuta mujer con la que desde un principio estableció una relación oscilante entre la dependencia, actitud de desvalimiento y la irritación y el incumplimiento de horarios y citas. En este caso el paciente utiliza el mecanismo de actuación a través de la agresión, como defensa ante la creciente angustia por los sentimientos suscitados en la relación de pareja y que tienen que ver, tal como descubre en el curso de la terapia, con el miedo a exponerse al abandono, hecho que, simultáneamente, provoca con su conducta agresiva. Se cierra así el triángulo del conflicto que ha de manifestarse en los tres vértices del otro triángulo, el de las personas. El conflicto se manifestó, en el pasado, en la relación con su madre, en la actualidad en la relación con su pareja y, en la relación transferencial, con la terapeuta, a la que agradece con su conducta y cuya capacidad para mantener la relación y no abandonarle pone a prueba.

1.1.2. **Habib Davanloo** (78, 79)

Concepción de los trastornos mentales

Al igual que en Malan, supone que los síntomas neuróticos o conductas mal adaptadas resultan de la utilización disfuncional de diversos mecanismos de defensa puestos en marcha para

evitar el dolor o el conflicto psíquico o para controlar impulsos inaceptables. Tales síntomas tienen una función expresiva a la vez que defensiva.

Definición de la pauta disfuncional

Igual que Malan, en términos de triángulo del conflicto y triángulo de las personas. Los impulsos señalados por Davanloo son con mas frecuencia de naturaleza hostil que erótica

Factores terapéuticos

El principal es la interpretación de los dos triángulos, pero Davanloo aporta como fundamental su técnica de **desbloqueo del inconsciente** a través del **reto a la resistencia**. En palabras del propio Davanloo, *"...resumiendo el complicado proceso de terapia antes descrito puede agruparse en dos fases generales. La primera es la fase preinterpretativa que consiste en el reto y la presión ejercida sobre la resistencia, con la consiguiente intensificación de la transferencia, y que culmina en la vivencia por parte del paciente de sus sentimientos de transferencia. Esto provoca el desbloqueo del inconsciente y la movilización de la alianza terapeutica inconsciente. La fase interpretativa puede entonces comenzar, primero con el análisis de la resistencia residual y finalmente con la exploración del pasado y el descubrimiento del núcleo neurótico"*.

Tipo de relación terapeuta/paciente

Es, ante todo, el lugar de la transferencia. Davanloo, con un estilo muy asertivo - y muy personal-, construye una relación muy cálida, capaz de albergar sentimientos hostiles muy intensos y muy vívidos.

Actividad del terapeuta

Como en el caso de Malan las actividades son **escucha** y **atención al rapport**, **interpretación** y, además, **reto a la resistencia**

Formato de psicoterapia propuesto

Psicoterapia breve entre una y veinte sesiones de duración variable (Con el fin de llevar a cabo el *desbloqueo* una primera sesión no es raro que dure 4 horas y puede durar hasta 8).

1.1.3. Lester Luborsky (83, 91)

Concepción de los trastornos mentales

Los síntomas son resultado de **conflictos intrapsíquicos** que se expresan en problemas relacionales (por su capacidad de transferencia). Estos conflictos son inconscientes y se mantienen así por la existencia de una **resistencia**.

Definición de la pauta disfuncional

Lo hace en términos de **tema relacional del conflicto nuclear** (TRCN) - la traducción relacional de este conflicto inconsciente - que puede ser expresado en **una frase** con 2 componentes:

- (1) una afirmación sobre las **deseos o intenciones del paciente**.
- (2) una afirmación sobre las **consecuencias** en términos de **respuesta del self** y **respuesta de los otros**.

El esquema completo sería el de la **figura 3** y el resultado una frase del tipo de "*yo quiero.....de....., pero.....(por mi parte), y..... (por la suya)*".

*En el caso de Ricardo, descrito anteriormente, el paciente expresó un **deseo**: conseguir una relación de intimidad con su pareja. Para el la **respuesta del otro** es el abandono, ante el cual, la **respuesta del yo** es la angustia y la conducta agresiva. El terapeuta identificará este tema conflictivo nuclear en cada secuencia relacional que el paciente le relate durante las entrevistas y ello constituirá el foco de su trabajo*

Factores terapéuticos

Se define como una terapia de **apoyo/expresión** y reconoce los 3 tipos de factores: 1)

expresivos (toma de conciencia), 2) **de apoyo** (alianza terapéutica) y 3) **incorporación de los beneficios de la terapia** a la vida del paciente (que tiene mucho que ver con el manejo de la terminación). En cualquier caso se trata de una psicoterapia psicoanalítica y el concepto clave es el de **interpretación** (en términos de TRCN).

Tipo de relación terapeuta/paciente

El terapeuta es activo tanto en facilitar el proceso de toma de conciencia por parte del paciente; como en que experimente la relación con el terapeuta y el tratamiento como útiles.

Actividad del terapeuta

Las actividades del terapeuta pueden referirse a cada uno de los componentes de la terapia. Así, por el componente expresivo, el terapeuta se mueve de acuerdo con un esquema en cuatro fases: 1) escucha, 2) comprensión, 3) respuesta y 4) vuelta a escuchar. Por el componente de apoyo actúan 1) el encuadre, 2) la actitud de comprensión empática y 3) el hecho de presentarse el terapeuta como una figura de ayuda. Por fin por el componente de consolidación de los beneficios está todo el trabajo de terminación.

Formato de terapia propuesto

Se trata de una psicoterapia manualizada centrada en un proyecto de investigación (el proyecto Penn). No es una psicoterapia breve, aunque existe una versión "breve" que se incluye en el mismo manual.

1.1.4. Strupp y Binder (88)

Teoría de los trastornos mentales

Los propios autores (responsables de los proyectos Vanderbilt) la resumen en estos términos *"los problemas de los pacientes son consecuencia de unas relaciones interpersonales inadecuadas que pueden formalizarse en forma de una narración que implica acciones humanas, inmersas en un contexto de transacciones interpersonales, organizadas en un patrón*

psicodinámico cíclico, que ha sido una fuente de problemas, que se repite a lo largo de la vida, y que, en la actualidad, es origen de dificultades".

Definición de la pauta disfuncional

Como en el caso de Luborsky se resume en una historia que, en este caso, organiza los siguientes elementos: 1) Problema que se presenta, 2) Actos de uno mismo, 3) Expectativas de reacción de los otros, 4) Reacciones observadas en los otros y 5) Introyección (trato que se da el paciente a si mismo).

Factores terapéuticos

La terapia persigue **facilitar una experiencia vital constructiva** que (a través del conjunto de transacciones interpersonales que constituyen las terapias) produzca una mejoría en el auto-concepto del paciente y en la calidad de sus relaciones interpersonales.

Tipo de relación terapeuta/paciente

Esta relación se considera como *"un laboratorio para estudiar **in vivo** las dificultades que el paciente tiene en su vida, así como el medio de corregirlas"*

Actividad del terapeuta

La actividad básica consiste en la escucha empática, interpretación psicodinámica de las dificultades del paciente en términos de historia de su vida y la definición de su carácter autodestructivo, especialmente si ocurren en las inmediaciones de las transacciones contemporáneas terapeuta-paciente.

Formato de terapia propuesto: (Psicoterapia Dinámica de Tiempo Limitado).

Es una psicoterapia manualizada, utilizada en los proyectos Vanderbilt 1 y 2, que se define (en palabras de los autores) como *"una aproximación a la psicoterapia individual que integra conceptos clínicos de una variedad de perspectivas psicodinámicas y cuyo fin es alcanzar unos objetivos determinados en 30-50 sesiones"*.

1.1.5. **Bellak y Small** (76,77)

Teoría de los trastornos mentales

Para estos autores "*los síntomas son intentos de resolver un problema que concierne a la continuidad entre la infancia y la edad adulta, el pensamiento despierto y el sueño, el consciente y el inconsciente que conllevan ansiedad, conflicto y déficit*" (77).

La Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia (PBIU) se centra en lo que ha sido aprendido de forma deficiente y precisa ser desaprendido y reaprendido de forma mas eficaz. Se basa en los desarrollos psicoanalíticos de la Psicología del Yo y la teoría de los mecanismos de defensa.

Definición de la pauta disfuncional

Para la definición de las pautas desadaptativas estos autores proponen la utilización de un *mapa de las funciones del Yo* (77) que reproducimos en el **cuadro 10**. Además, estos autores proporcionan pautas específicas para trastornos específicos (por diagnósticos). El **cuadro 11** muestra algunas de sus propuestas.

Factores terapéuticos

Definen el principal factor terapeutico como *desaprendizaje y reaprendizaje de forma eficaz de lo deficientemente aprendido*. Para ello utilizan el apoyo, la interpretación, la transferencia y, en ocasiones, la exposición.

Tipo de relación terapeuta/paciente

La definen claramente como la del *médico que interviene en la urgencia/paciente en crisis*.

Actividades del terapeuta

Son la escucha, interpretación, apoyo y, utilización de la transferencia (que solo se analiza si es negativa).

Formato de terapia propuesto (Psicoterapia Breve, intensiva y de urgencia).

Se adapta a los requerimientos de la compañía para la que trabajaron los autores (5 sesiones más una de seguimiento para personas en crisis con cualquier diagnóstico).

1.2. En clave cognitiva

Los terapeutas cognitivos se han caracterizado siempre por una definición clara de lo que consideran pautas disfuncionales, de su relación con las quejas del paciente y de sus hipótesis sobre los mecanismos que provocan el cambio. Seleccionaremos aquí a dos de sus teóricos (aunque podíamos igualmente haber seleccionado a Michaelbaum o cualquier otro)

1.2.1. Aaron T Beck (12)

Concepción de los trastornos mentales

En palabras del propio Beck *"los afectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que este tiene de estructurar su mundo. Sus "cogniciones" (fenómenos verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores"*. La patología tiene que ver con formas distorsionadas de interpretar la realidad debidas a cogniciones o supuestos erróneos o a la utilización de procesamientos aberrantes.

Definición de la pauta disfuncional

El manual de 1983 se ocupa específicamente de la depresión y ofrece un modelo para este trastorno en términos de:

- (1) Pensamientos automáticos (triada depresiva: pensamientos negativos acerca de sí mismo de su experiencia del mundo y del futuro)

Ya no valgo para nada, sólo soy un estorbo para mi familia (...) No encuentro que haya nada por lo que valga la pena seguir viviendo (...) Lo he fastidiado todo y ya no tiene remedio (...)

(2) Esquemas cognitivos (supuestos depresógenos: patrones cognitivos que se activan por determinado tipo de experiencias)

Si no me sale todo bien es que soy una auténtica mierda (...) Si cometo algún fallo dejará de quererme

(3) Errores en el procesamiento de la información (inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, maxi o minimización, personalización, pensamiento dicotómico).

*He suspendido el examen de conducir, está claro que no sirvo para nada (...)
Hemos fracasado debido exclusivamente a que yo no estuve suficientemente atento...*

Factores terapéuticos

Se procura la aplicación de la lógica y las reglas de evidencia (del método científico) para que el paciente compruebe el carácter equivocado de sus pensamientos y esquemas y los sustituya por otros.

Tipo de relación terapeuta/paciente

Beck la define como **empirismo colaborativo**: ambos colaboran en el diseño y evaluación de experimentos orientados a refutar los esquemas equivocados. Del terapeuta se solicitan 3 características: aceptación, empatía y autenticidad.

Actividad del terapeuta

El terapeuta aplica dos tipos de técnicas: **técnicas conductuales** (programación de actividades, registros de dominio y agrado, asignación de tareas graduales, práctica cognitiva (ejecución imaginaria), entrenamiento en asertividad y rol-play) y **técnicas cognitivas** (explicación de la teoría, detección de pensamientos automáticos, examinar y someter a prueba los pensamientos automáticos, técnicas de reatribución, búsqueda de soluciones alternativas o

empleo del contador de pulsera). El estilo del terapeuta se basa en el uso de la **pregunta**.

Formato de terapia propuesto

Psicoterapia normalizada definida como un procedimiento activo directivo, estructurado y de tiempo limitado.

1.2.2. Albert Ellis (1957, 2011)

Concepción de los trastornos mentales

En palabras de Ellis y Abraham *"Lo que podríamos llamar problemas psicológicos surgen principalmente de percepciones y concepciones erróneas en el punto A (acontecimientos o experiencias activantes), (...) también de reacciones emocionales insuficientes o excesivas a tales experiencias activantes (...) y pueden comprender (...) patrones de comportamiento disfuncional" (es decir incluye elementos cognoscitivos, emotivos y conductuales)."*

Definición de la pauta disfuncional

La definición de la pauta disfuncional se hace en términos de lo que Ellis ha llamado A-

B-C-D-E:

A: experiencias activantes

B: creencias conscientes o inconscientes (Beliefs)

C: consecuencias o reacciones emocionales de esas creencias

D: discutir, descubrir, debatir, discriminar estas creencias y sentimientos durante la terapia

E: efecto de discutir las creencias sobre la vida del paciente

Sagrario llevaba tres días presa de la desesperación, llorando, sin dormir, ni comer, sin ir al trabajo y sin querer ver a nadie (C) desde que su médico le prescribió un análisis de sangre (A) porque estaba

convencida, de que si se lo hacía se descubriría que tenía una enfermedad, que con toda seguridad sería leucemia y que ella no sería capaz de aguantar la quimioterapia, que en cualquier caso sería inútil porque a ella se le habría detectado demasiado tarde para poder salvarla, con lo que no valía la pena seguir viviendo (B). El médico que la atendió con un cuadro de hiperventilación hubo de hacerle ver que carecía de datos que le autorizaran a pensar que su médico sospechaba que tuviera una patología diferente del cuadro catarral por el que ella consultó, que no había motivos para pensar que la patología si la hubiera fuera grave y que nada indicaba que pudiera tener leucemia (D). No fue preciso discutir que la leucemia puede, con frecuencia, tratarse con éxito, que nada indicaba que caso de que ella la tuviera fuera a detectar demasiado tarde, ni que el padecer una enfermedad grave o saber que uno tiene limitada su esperanza de vida no significa que no valga la pena seguir viviendo (que también son ideas irracionales) para conseguir que Sagrario consiguiera relajarse, accediera a hacerse el análisis (que resultó normal salvo una discreta leucocitosis con desviación a la izquierda) y pudiera volver a su domicilio (E)

Factores terapéuticos

El cambio se produce a través de los efectos de esta discusión (punto E). Los factores terapéuticos consisten en la discusión, descubrimiento, debate y discriminación de las creencias (punto D). A través de esta se pretende construir una personalidad **racional**.

Tipo de relación terapeuta/paciente

Es una relación de colaboración en la que el terapeuta actúa como sofista o como Sócrates

haciendo desplegarse la racionalidad del paciente.

Actividades del terapeuta

Lo específico de este tipo de terapia es la **discusión socrática**. Comparte con las terapias conductuales la **asignación de tareas** que pueden ser tareas cognoscitivas o emotivas en la consulta o en vivo

Formato de psicoterapia propuesto

Diversos formatos desde la intervención breve en Atención Primaria a la psicoterapia a largo plazo.

1.3. En clave conductual

1.3.1 Burrhus F Skinner (202)

Concepción de los trastornos mentales

No existen trastornos mentales, sino conductas problema, que no son síntoma de una enfermedad de etiología orgánica o intrapsíquica sino que han sido aprendidas de acuerdo con las mismas leyes con que se aprenden las conductas normales. Así, toda conducta desadaptada puede ser explicada en virtud de una historia previa de condicionamientos y puede adaptarse de nuevo a través de procesos de aprendizaje adecuados. La conducta problema es definida en términos de exceso/deficit en frecuencia, intensidad y/o duración en un contexto situacional concreto.

Definición de las pautas disfuncionales

La conducta problema es una conducta **operante**, emitida libremente por el organismo, que se ha instaurado y se mantiene por sus consecuencias ambientales. Si un tipo de respuesta se refuerza en presencia de un **estímulo discriminativo**, en el futuro, este tipo de respuesta tendrá mas probabilidad de ocurrir en presencia de este estímulo.

Factores terapéuticos

Cambio en la conducta problema mediante la manipulación de antecedentes y consecuentes a dicha conducta.

Tipo de relación terapeuta paciente

Es una relación experto/lego basada en la prescripción. Se considera que la eficacia del tratamiento depende de las técnicas utilizadas y no de la relación terapéutica. La relación es un vehículo para la implantación de las técnicas conductuales. Este objetivo requiere una actitud empática y colaboradora. El terapeuta es también un reforzador social y un modelo.

Actividad del terapeuta

La actividad básica es la instrucción al cliente en la tecnología conductual apropiada para resolver su problema. Se utilizan técnicas como reforzamiento, castigo, control de estímulos, extinción...

Formato de psicoterapia propuesto (Análisis conductual aplicado)

El final de la terapia suele estar marcado por la consecución de los objetivos y la frecuencia de las sesiones por las técnicas empleadas. 20 sesiones es un formato frecuente.

1.3.2. Joseph Wolpe (203)

Concepción de los trastornos mentales

Las conductas problema se consideran conductas de respuesta, es decir, elicitadas por un estímulo condicionado según el esquema del condicionamiento clásico. Wolpe utiliza el concepto de generalización del estímulo de Hull e introduce una variable mediacional (la **ansiedad**, un constructo que no es del orden de la conducta observable sino una inferencia) para explicar la conducta neurótica.

Definición de la pauta disfuncional

En términos de **condicionamiento clásico** que establece que cuando un estímulo incondicionado (EI) o no aprendido, que da lugar a una respuesta incondicionada (RI) es seguido

repetidamente de un estímulo neutro, éste se transforma en un estímulo condicionado (EC) adquiriendo así la capacidad de provocar una respuesta condicionada (RC) que es similar a la respuesta incondicionada.

En el ejemplo clásico del perro de Pavlov, la presencia de la comida (EI) produce la salivación en el perro (RI). Si a EI se le asocia de forma repetida el ruido de una campanilla, se llega a conseguir que, ante el sonido de la campanilla (EC), sin que está presente la comida, el perro inicie la salivación (RC).

Factores perapeuticos

El tratamiento persigue la **extinción** de la RC. Wolpe enriquece el arsenal de estrategias derivadas del condicionamiento clásico con la idea de la **inhibición recíproca**, que consiste en la provocación de una respuesta antagónica a la ansiedad (como la relajación) en presencia de los estímulos ansiosos.

Tipo de relación terapeuta/paciente

Como en el caso de Skinner es una relación prescriptiva, instrumento para el adiestramiento en técnicas como exposición, desensibilización sistemática, relajación...

Actividad del terapeuta

El terapeuta enseña al cliente las técnicas adecuadas.

Formato de psicoterapia propuesto

Se procuran intervenciones breves (de hecho Wolpe adaptó el procedimiento de relajación propuesto por Jacobson- que requería entre 100 y 200 sesiones - para poder ser desarrollado en no mas de 7).

1.3.3. **Albert Bandura** (204)

Concepción de los trastornos mentales

La conducta problema se desarrolla y se mantiene en base a tres sistemas reguladores que interactúan entre sí 1)el condicionamiento clásico, 2)el condicionamiento operante y 3)ciertos procesos cognitivos mediacionales que explican fenómenos como el aprendizaje vicariante (por imitación) observable en primates y otros mamíferos.

Definición de las pautas disfuncionales

En términos de condicionamiento clásico (conducta respondiente a estímulo condicionado) u operante (conducta mantenida por sus consecuencias).

Factores terapeuticos

Añade al arsenal utilizado por los terapeutas basados en las teorías del condicionamiento clásico y el condicionamiento operante la estrategia del **modelado** (a través de la observación de un modelo) y posterior puesta en práctica de lo aprendido (modelado participante)

Tipo de relación terapeuta/paciente

Igual que en el resto de las terapias de conducta es una relación experto/lego, pedagógica y basada en la prescripción.

Actividad del terapeuta

Semejante a la del resto de las terapias de conducta mas las relativas a la práctica del modelado por el que durante la **fase de adquisición** debe facilitar al cliente la observación de las conductas del modelo (filmado o *in vivo*) y ayudarle a procesar y retener sus observaciones y durante la **fase de ejecución de conductas** debe supervisar la puesta en practica de lo aprendido

Formato de psicoterapia propuesto

Son terapias breves centradas en objetivos bien delimitados.

1.4. En clave sistémica

Las diferentes escuelas de terapia sistémica, pese a sus importantes diferencias, siguen compartiendo un interés común por la descripción de la conducta en términos de relaciones

interpersonales y en un contexto determinado que incluye al propio observador. Desde el primitivo interés por los sistemas y las curvas de feed-back que engloban la conducta del sujeto, surgieron propuestas concretas de terapia breve. Algunas de ellas han ido evolucionando al incorporar las ideas derivadas del constructivismo social y las narrativas, como señalábamos en otro lugar.

En este apartado nos referiremos sólo a dos de los grupos que explícitamente hicieron su propuesta de terapia en formatos breves:

I.4.1 **Watzlawick, Weakland y Fish. Proyecto de Terapia Breve del MRI (205)**

Concepción de los trastornos mentales.

La conducta disruptiva es una reacción comunicativa a una particular relación familiar disfuncional, más que la evidencia de una enfermedad en la mente del individuo. El individuo está atrapado en la relación disfuncional, de forma que no puede librarse por sí mismo. Los esfuerzos por liberarse aumentan la fricción, la ansiedad y los síntomas aparecen. En cada individuo o sistema relacional hay una reacción natural de oposición, es decir resistencia a los intentos de cambio.

Definición de la pauta disfuncional

La queja del cliente es el problema y no un síntoma de algo más. Definen de forma concreta el problema y lo asocian a patrones de conducta observable repetitivos en las relaciones alrededor del problema. Estos círculos repetitivos, aunque son un intento de resolver el problema, terminan por reforzarlo.

La terapia breve aporta cuatro criterios para definir un problema: 1- Estoy sufriendo o siento un malestar, 2- atribuyo mi dolor a la conducta de otros o a mí mismo. 3- he intentado cambiar esta conducta y 4- he fracasado. La dificultad inicial se convierte en problema cuando el mal manejo lleva al cliente a utilizar “más de la misma solución”. Se crea un círculo vicioso que

aumenta la severidad y cambia las características de la dificultad inicial.

La terapia breve describe cuatro formas de mal manejo de los problemas: 1- intentar ser "deliberadamente espontáneo" (por ejemplo cuando hay trastornos del sueño) .2- buscar un método que no implique riesgo, cuando cierto riesgo es inevitable (por ejemplo, ante situaciones que requieren la toma de decisiones) 3- confirmar la sospecha del acusador, mediante la autodefensa (por ejemplo en trastornos paranoicos) 4-Intentar conseguir el acuerdo entre dos personas a través de la oposición.

Factores terapéuticos

Subrayan el valor terapéutico de la paradoja en la comunicación humana y el valor del doble vínculo terapéutico. No les interesan los triángulos u otros acontecimientos familiares que ocurren de forma simultánea al problema, a menos que sean presentados también como problema por la familia al terapeuta, en ese caso se incluyen en el plan terapéutico y en la definición del problema. Proponen reestructuración y paradoja frente a soluciones de lógica y sentido común. Cuando un terapeuta se enfrenta a un individuo o familia atrapado en un patrón de conducta disruptiva hay dos cuestiones que se plantea: ¿Que es lo que hace que esta conducta persista?, ¿Qué es necesario que cambie?

La conducta problema esta vinculada inextricablemente a la conducta de resolución del problema, punto clave para entender cómo persiste. El foco de interés se desplaza hacia el desarrollo de habilidades para el cambio, proponen la reestructuración (que es una técnica dirigida a cambiar la visión que el paciente tiene del problema) y paradoja, frente a soluciones de sentido común. Son muy conocidas las intervenciones paradójicas o la prescripción del síntoma, que supone pedir al cliente que aumente la conducta sintomática. Hay que estudiar cual es el patrón de solución intentada. Por ejemplo, ante un paciente con la solución de forzar la espontaneidad , en un problema de sueño, se le pide que incremente esa conducta, por ejemplo

pidiéndole que permanezca despierto y que anote todos sus pensamientos.

La definición que se hace del problema es anormativa, es decir el problema es el sufrimiento del sujeto, no se plantea que haya una conducta "normal" a partir de la cual se desvía el sujeto. La responsabilidad del terapeuta es el diseño de estrategias para neutralizar los mecanismos de resistencia de sus pacientes. Una vez que se resuelven los síntomas el individuo o familia queda libre para proseguir su propio camino de desarrollo.

Tipo de relación terapeuta/paciente

El terapeuta ha de tener en cuenta dos áreas en su relación con el paciente:

- 1.- la posición del cliente: El terapeuta se preguntará primero si el sujeto es un cliente para el tratamiento. Un cliente es una persona que busca tratamiento y adopta la postura “estoy sufriendo por mi conducta o la de otros, soy incapaz de cambiar y busco su ayuda”. Hay que distinguirlos de los “mirones de escaparates”(por ejemplo, una pareja que acude a terapia presionada por un juez). Pero hay que tener en cuenta que un mirón puede convertirse en un cliente, a través del trabajo del terapeuta dirigido directamente a la ausencia de una verdadera motivación para trabajar la queja actual. Si nadie en la familia es un cliente, no se puede hacer el tratamiento. Se pueden mantener conversaciones que simulen un tratamiento, pero en realidad es solo una pérdida de tiempo.
- 2- La capacidad de maniobra del terapeuta. Denota su libertad para usar su capacidad de juicio, citar a diversos miembros de la familia, preguntar, determinar la frecuencia de las citas.

A través de este análisis el terapeuta descubre las direcciones del tratamiento que el paciente apunta y cómo utilizarlas.

Actividad del terapeuta

Tiene la responsabilidad para el diseño y encuadre de objetivos. El modelo es anormativo y no incluye una lista de tareas correctas a realizar, aunque sí hay pasos que deben incluirse como: 1- identificar que miembros de la familia están motivados y citarlos para un entrevista inicial, 2- recoger datos claros y específicos acerca de las características del problema y de las soluciones intentadas, 3- fijar un meta específica, Se fija una meta pequeña, fácil de conseguir por el paciente, de forma que aumente su esperanza en la posibilidad de cambio. Las metas se formulan como aumento en conductas positivas, más que como reducción de negativas 4- diseñar un plan para promover el cambio, que siempre incluye un estudio de las soluciones previas intentadas,

Formato de terapia propuesto

Intervenciones breves, que terminan cuando se resuelve el síntoma y el paciente muestra que es capaz de manejarse por sí mismo. El terapeuta trabaja con el paciente, la pareja o la familia, según la disponibilidad para el tratamiento y su implicación en el problema. (206)

1.4.2. **Mara Selvini y los antiguos asociados de Milán** (Prata, Boscolo y Cecchin) (207-210)

Teoría de los trastornos mentales

Resalta la importancia de definir las reglas familiares, que conforman un juego familiar y presta atención a los conceptos de poder y control de la relación. El juego o proceso familiar es la formulación de patrones de interacción familiares específicos repetitivos.

Selvini (207) llega a describir un proceso en seis estadios que desemboca en el estallido psicótico o la conducta anoréxica. Describe a lo largo de una secuencia temporal, el progresivo enredo de la hija/o en la situación de estancamiento relacional de los padres.

Factores terapéuticos

Se proponen largos intervalos entre las sesiones como forma de dificultar la dependencia y el enredo del terapeuta en la situación familiar y como forma de facilitar la puesta en marcha de

los propios recursos de la familia. Se utilizaron prescripciones, rituales, connotaciones positivas y técnicas de prescripción invariable. Actualmente Selvini le da más importancia a la propia conducción de la entrevista como herramienta para propiciar el cambio en sí misma. A través del cuestionamiento circular, se van abriendo nuevas perspectivas para la familia (208-209) propiciadoras del cambio.

Tipo de relación terapeuta/paciente

Las sesiones se hacen con una frecuencia de una cada tres semanas (terapia larga breve). Una parte del equipo lleva a cabo la supervisión in vivo a través de un espejo unidireccional. El terapeuta directo puede interrumpir la sesión a instancias de los supervisores o por propia iniciativa.

En la evolución de los componentes del antiguo grupo de Milán se observa un cambio desde una relación terapeuta-paciente más desigual y distante, a una relación más colaborativa.

Actividad del terapeuta

El terapeuta es activo y directivo. Entra en la sesión con un nivel de información sobre la familia, facilitada por la elaboración de la ficha relacional. Su trabajo es hacer hipótesis acerca del juego familiar e intentar falsarlas durante la sesión. En caso de que la hipótesis no sea válida, construirá otra e intentará de nuevo ponerla a prueba a través de la falsación.

Los principios generales de conducción de la entrevista son los de : hipotetización, circularidad y neutralidad. La coordinación más correcta de la sesión llevó a los terapeutas a la enunciación de estos principios básicos. El primero era la elaboración de hipótesis o "hipotetización" basadas en las informaciones que previamente posee el terapeuta, ya que desde el primer contacto y gracias a la ficha relacional nunca entra a la sesión con un nivel de información cero. La hipótesis no es más que una guía que garantiza la actividad del terapeuta durante la sesión, y le permite obtener nuevas informaciones que la refutarán o no. El segundo

principio del que hablábamos es el de "circularidad", que exige al terapeuta dirigir su investigación sobre la base de las retroalimentaciones de la familia en respuesta a sus propias intervenciones. Se interroga preferentemente a terceros sobre la relación diádica que nos interesa. Las relaciones deben indagarse por diferencias: ¿quién está más unido a la madre?, ¿que hace tu padre cuando tu madre se enfada con Juan?. El tercer principio es el de "neutralidad", que afecta al terapeuta y según el cual el efecto final de todas las alianzas que ha establecido a lo largo de la entrevista entre los diferentes miembros sea cero (208, 209)

El tono del terapeuta es el de un encuestador ingenuo que solicita información de la familia para comprender su organización.

La meta de la entrevista es utilizando el *feed-back* introducir nueva información. El terapeuta hace preguntas en orden a introducir diferencias en el sistema de creencias de la familia, que puedan, a su vez, afectar a la conducta de la familia. Los cambios en la conducta de la familia son el resultado de como la familia decide actuar en respuesta a la nueva información. La forma de cuestionar en sí misma es una poderosa arma terapéutica. El cuestionamiento circular pasó de ser una técnica para obtener información a ser considerado una técnica de inducción de cambio.

Formato de terapia propuesto

El formato de terapia preferido es el familiar, aunque cuando no es posible trabajar con la familia, o no es conveniente, se trabaja con la pareja o con el individuo (211).

1.5. En clave existencial

1.5.1 Irvin D Yalom (212)

Concepción de los trastornos mentales

Los problemas de salud mental manifiestan un conflicto que emana del enfrentamiento del individuo con las condiciones básicas de existencia. Este enfrentamiento produce angustia y

ante ella se organizan reacciones de defensa.

Definición de la pauta disfuncional

Los síntomas se conciben como angustia o defensa frente a la angustia que surge ante las 4 **preocupaciones** esenciales: 1) la muerte, 2) la libertad, 3) el aislamiento y 4) la falta de sentido de la existencia.

Tipo de relación terapeuta/paciente

El terapeuta practica el **método fenomenológico** *poniendo entre paréntesis* su perspectiva del mundo y entrando en la experiencia del paciente. Desde allí le ayuda a reconstruir su experiencia del mundo.

Factores terapéuticos

El tratamiento actúa a través de la toma de conciencia y la aceptación de las preocupaciones básicas.

Actividad del terapeuta

Son la escucha empática, interpretación, apoyo y la propuesta de experiencias o ejercicios estructurados

Formato de terapia propuesto

La terapia se concibe como un largo proceso que, frecuentemente contiene terapia individual y de grupo.

2.- PROPUESTAS ECLÉCTICAS

Son propuestas en las que de lo que se trata es de establecer un procedimiento sistemático para seleccionar intervenciones adecuadas para cada problema independientemente de la teoría en base a la cual sus inventores diseñaron la intervención. Por contraposición a los integradores, a los que nos referiremos luego, los psicoterapeutas eclécticos no intentan integrar teorías, sino,

intervenciones que han demostrado ser eficaces. Se diferencian de lo que podríamos llamar eclecticismo *silvestre* o *sincretismo* precisamente en que proponen un **sistema** para realizar esta selección de intervenciones. Los autores no son ateóricos (se adscriben a una línea de pensamiento) pero su sistema puede ser utilizable por terapeutas de otra adscripción.

2.1. Arnold A Lazarus -(160, 213)

Concepción de los trastornos mentales

No existe una teoría única capaz de dar cuenta de la totalidad de los problemas por los que las personas se someten a psicoterapia. Define un eclecticismo técnico que permite al terapeuta escoger entre las intervenciones disponibles la más adecuada para cada cliente. Teóricamente Lazarus (que trabajó con Wolpe) suscribe una teoría del aprendizaje social y cognitiva que debe mucho a Bandura.

Definición de las pautas disfuncionales

Define el problema en siete dimensiones (**modalidades de funcionamiento**) que se resumen en el acrónimo **BASIC ID** que se explica a continuación.

Factores terapéuticos

Se corresponden con cada **modalidad de funcionamiento** del BASIC ID

Behavior (conducta): refuerzo positivo y negativo, castigo, contracondicionamiento, extinción.

Afecto: reconocimiento, clarificación y aceptación de sentimientos, abreacción.

Sensación: disminución de la tensión, gratificación sensorial.

Imaginación: imágenes de desempeño, cambios en la imagen de uno mismo.

Cogniciones: restauración cognitiva, toma de conciencia.

Interpersonales (relaciones): modelado (desarrollo de la asertividad y otras habilidades sociales), dispersión de convivencias insanas.

Drugs (fármacos)/biología: detección de enfermedades somáticas, suspensión de tóxicos, nutrición y ejercicio, psicofármacos.

Tipo de relación terapeuta/paciente

Es una relación de colaboración entre experto y cliente mas parecida a la de los técnicos de modificación de conducta.

Actividad del terapeuta

Determinada por el tipo de problema a abordar. El **cuadro 12** esquematiza un ejemplo.

Formato de psicoterapia propuesto (Terapia multimodal)

Generalmente breve y sobre objetivos bien delimitados.

2.2. Larry E Beutler (156, 176, 177)

Concepción de los trastornos mentales

Todos (o muchos de) los enfoques psicoterapéuticos pueden ser útiles a algunos individuos. Las intervenciones pueden ser puestas en marcha independientemente de su base teórica. El eclecticismo debe operar como una teoría del cambio que determina la oportunidad de una variedad de intervenciones técnicas.

Las preguntas clave que deben plantearse son, pues, a) ¿En que dimensiones pueden colaborar mejor un terapeuta dado y un paciente concreto? b) Dado este acoplamiento ¿Cual es la intervención mas adecuada para este paciente? y c) ¿Que consideraciones van a guiar la sucesión de intervenciones a lo largo del tratamiento?

Teóricamente Beutler considera la psicoterapia como un proceso de influencia social o persuasión, en el cual la teoría del terapeuta determina el contenido de la persuasión, su arsenal tecnológico los medios y la calidad de la relación los límites.

Beutler considera que las categorías diagnosticas no sirven para guiar estas opciones por lo que propone un sistema propio para hacer esta operación (ver el apartado siguiente)

Definición de las pautas disfuncionales

Para poder guiar la selección los problemas que traen los pacientes deben considerarse en 4 dimensiones:

Gravedad del problema (concebida como un *continuum* referido a la capacidad de mantener el malestar y la ansiedad dentro de límites manejables)

Complejidad del problema (concebida como una *dicotomía* entre simples hábitos o respuestas contingentes y por otro lado problemas complejos estructurados como temas recurrentes o patrones de conducta)

Nivel de **reactancia** (tendencia a responder oponiéndose a las demandas externas)

Estilo de **afrentamiento**. A su vez en función de éste, los pacientes pueden responder a cuatro perfiles 1)internalizadores (tendientes a la autoinculpación, y autodevaluación, a la compartimentación de los afectos y a la idealización de los otros), 2)externalizadores (atribuyen su malestar a objetos externos o a los otros), 3)represivos (no reconocen los aspectos dolorosos de las situaciones) y 4)cíclicos (fluctúan de estilos internalizadores a externalizadores y de defensas activas a pasivas).

Cruzando **reactancia** y **afrentamiento** se generan una **tipologías** que sirven para orientar la selección de intervenciones.

Así, por ejemplo, un sujeto internalizador con bajo nivel de reactancia tenderá al atocastigo y el aplanamiento afectivo mientras un internalizador con alto nivel de reactancia tenderá al autocontrol periodicamente roto en accesos de rabia. Un externalizador con bajo nivel de reactancia presentará con mas facilidad conductas pasivo-agresivas, mientras un externalizador con alto nivel de reactancia será mas proclive a los rasgos paranoides....

Factores terapéuticos

Se trata de un proceso de **persuasión** que se lleva a cabo a través de una **experiencia emocional correctiva**.

Tipo de relación terapeuta/paciente

Depende del ajuste entre las variables del terapeuta y del paciente que se consigue tras el proceso de evaluación. Se tiende a buscar un tipo de relación que equilibre la capacidad de mantener el vínculo interpersonal con la de confrontar y modelar actitudes en base a una experiencia emocional correctiva.

Actividad del terapeuta

Depende del tipo de intervención elegida. se determina el tipo de intervención mas adecuada para cada diada terapeuta/paciente. Variable en extensión de los objetivos, nivel de experiencia buscado, directividad del terapeuta, preferencia por el material intra o extra-terapia...

Formato de terapia propuesto (Psicoterapia Ecléctica Sistemática)

Contrato de 20 sesiones que puede ser sustituido por uno de 5. La terminación es más una fase que el final del tratamiento. La puerta siempre queda abierta para nuevas intervenciones.

3.- PROPUESTAS DE INTEGRACIÓN

Se trata de propuestas que han intentado partir de consideraciones teóricas provenientes de varias escuelas para diseñar intervenciones. Vamos a distinguir dos tipos de propuestas: por un lado las que, en base a una teoría del cambio, proponen un procedimiento para la construcción de un foco (como es el caso de Wachtel, de Horowitz, de Ryle o de Prochaska), por otro las que, en base, a la experiencia clínica proponen - al menos para algunos trastornos - la consideración de unos focos prefijados (como sucede con el grupo de Klerman y Weissman (13) o con Budman y Gurman (169)).

3.1. CON FOCO A CONSTRUIR

3.1.1. **Paul L Wachtel** (168, 173, 191, 214,)

Concepción de los trastornos mentales

Los trastornos mentales consisten en la repetición de determinadas pautas de actuación que resultan disfuncionales. En palabras de Wachtel (191) *"...el término **cíclico** señala una característica central del enfoque: las dificultades de las personas son entendidas no como un efecto directo de ciertas experiencias del pasado, sino como el resultado de círculos viciosos que se repiten a sí mismos. La experiencia temprana es importante porque ubica a la persona sobre un curso de la vida y hace que ciertas clases de experiencias posteriores sean más probables que otras. No obstante, son los efectos acumulados de muchas experiencias y la forma en que las consecuencias de nuestras acciones hacen que otras acciones similares tengan probabilidad de ocurrir, lo que explica principalmente los problemas y patrones de personalidad que nosotros vemos en los adultos con problemas (o sin ellos). Como otras teorías **psicodinámicas**, la psicodinámica cíclica da un énfasis considerable a los motivos inconscientes, las fantasías inconscientes y los conflictos motivacionales. Sin embargo estos procesos "internos" no se analizan exclusivamente en términos del pasado de una persona sino como productos de su vida presente y de sus relaciones actuales. A su vez, las circunstancias y relaciones en las que la persona se encuentra, no son meras "variables independientes" que influyen sobre su estado psicológico, son una función de sus características psicológicas duraderas conscientes e inconscientes. Así, en lugar de simples relaciones de causa-efecto se postula que existe un círculo de causas y efectos que se determinan entre sí en secuencias autoperpetuadoras. Ninguna parte de este círculo es más central o más esencial (...). La esencia es el círculo mismo"*.

Definición de las pautas disfuncionales

En términos de pauta psicodinámica cíclica (ver apartado anterior). En cualquier caso, según advierte Wachtel, *"...en la práctica, la comprensión completa de los círculos de dificultad*

no siempre es fácil de alcanzar, y, para propósitos terapéuticos, no siempre es necesaria (...) la intervención en cualquier punto del círculo puede interrumpirlo y empezar así, un círculo benigno que se autoperpetúa y crea las condiciones para su propio desarrollo (... aunque generalmente suele...) ser crucial intervenir en más de un punto del círculo..."

Factores terapéuticos

Se conciben también de modo cíclico. El elemento central es del orden de la **experiencia emocional correctiva**. Incluyen elementos como la **exposición** (no sólo a situaciones o estímulos externos sino, también a experiencias de afectos o intenciones), la **adquisición de habilidades y mecanismos de afrontamiento**, el *insight*, la **identificación** con los valores y normas del terapeuta, el **trabajo de elaboración y resolución del conflicto**, y la emergencia de **consecuencias conductuales nuevas**.

Tipo de relación terapeuta/ paciente

La relación entre terapeuta y paciente es uno más de los escenarios en los que pueden manifestarse los círculos viciosos. El terapeuta es más activo que en otras terapias dinámicas y menos neutral en el sentido de estar explícitamente comprometido con la mejoría del paciente.

Actividades del terapeuta

Además de la actividad de interpretación en términos clásicos de conflicto y de pauta psicodinámica cíclica se utilizan técnicas de modificación de conducta como la desensibilización o el entrenamiento en habilidades.

Formato de psicoterapia propuesto (Psicoterapia dinámica cíclica)

Terapia conducida generalmente con formato de una sesión semanal y de duración breve.

3.1.2. **Mardi J Horowitz** (81)

Concepción de los trastornos mentales

Los trastornos mentales se corresponden bien con los **estados mentales** displacenteros

provocados por la activación (por el estrés) de esquemas del yo o modelos de relación antes latentes, o bien con el uso persistente de modelos de relación disfuncionales, lo que conlleva diferentes modos de discrepancia entre las situaciones a las que realmente se enfrenta el sujeto y los modelos con los que las entiende.

Definición de las pautas disfuncionales

Comprende los siguientes elementos:

- 1) **Estados mentales** Son pautas de experiencias y comportamientos. Podrían clasificarse por su nivel de control en normomodelados, inframodelados (de expresión excesivamente impulsiva o falta de control) y sobremodelados (en que el sujeto parece excesivamente irónico, acorazado o artificioso)
- 2) **Organización del yo** Incluye, a su vez constructos como **autoconcepto**, **autoesquemas** (motivacionales, de relación yo/mundo y de valor) y **autoorganización**.
- 3) **Modelos de relación y rol**. Se estructuran organizando tres elementos: (**deseo, respuesta del otro y respuesta del yo**)

Con estos elementos se configura un modo de "*guión*": una secuencia de probable interacción interpersonal que pone en relación esquemas sobre el Yo y los otros. Las figuras 4, 5 y 6 ejemplifican este proceso

En definitiva, se trata de **estados mentales** caracterizados por determinadas visiones de uno mismo y de los otros que pueden considerarse como **modelos de relación de roles** con un particular 1) concepto de uno mismo, 2) concepto de un objeto, 3) objetivo (deseado o temido) de uno mismo respecto al otro y 4) expectativas sobre las intenciones, objetivos y respuestas de las otras personas.

Factores terapéuticos

Toma de conciencia de la existencia de los esquemas disfuncionales y sustitución por

otros mas adecuados a las situaciones reales. Mas que de experiencia emocional correctiva Horowitz prefiere hablar de **experiencia relacional correctiva** o de **experiencia de aprendizaje nuevo**.

Tipo de relación terapeuta/paciente

Considerada un lugar donde se manifiestan los modelos de relación de roles que perturban al paciente y pueden analizarse *in vivo*.

Actividades del terapeuta

Escucha empática, análisis e interpretación de los estados y esquemas mentales y de los modelos de relación de roles que se ponen de manifiesto en la relación terapeuta/paciente. Selección de técnicas en función del nivel de control (análisis y reducción de controles y propiciación de afectos en sobremodelados, técnicas para favorecer la autorregulación en inframodelados).

3.1.3. **Anthony Ryle** (193-194)

Concepción de los trastornos mentales

Son entendidos como "...manifestaciones de uso del uso persistente de estrategias restrictivas o perniciosas..." en los repertorios utilizados para afrontar sus problemas. Tales restricciones pueden deberse a 1) experiencias restringidas, 2) restricciones en la autoreflexión, 3) desintegración de la autorreflexión, 4) errores de atribución, 5) experiencias inaceptables, 6) silenciamiento y 7) reducción de la ansiedad a través de defensas.

Definición de la pauta disfuncional

El **problema** que va a ser objetivo de la terapia (PO) se pone en relación con unos **procedimientos** del problema objetivo (PPO) que deben implicar en un **Modelo de Secuencia Procedimental** (MSP) los siguientes elementos 1) percepción, 2) apreciación en términos de conocimiento, valores, otros planes y predicción sobre las consecuencias, 3) actuación (efectiva o

no), 4) evaluación de las consecuencias (sobre todo en términos de respuesta de los otros) y 5) confirmación o revisión de los objetivos. La descripción debe incluir sus implicaciones en el terreno de los sentimientos y comunicación y control sobre los otros. En esta secuencia se pueden encontrar con frecuencia tres tipos de procedimientos que Ryle denomina como **trampas**, **dilemas** y **obstáculos**. La **figura 8** representa estas tres modalidades procedimentales.

Factores terapéuticos

El cambio se consigue a través de nuevas formas de entender las cosas, nuevas experiencias y nuevos comportamientos de forma que los cambios en cada de una estas esferas se reflejan en las otras. La terapia cognitivo-analítica enfatiza, sobre todo, las nuevas formas de entender.

Tipo de relación terapeuta/paciente

Es una relación de colaboración. La relación puede utilizarse como un lugar en el que se manifiestan los procedimientos y los repertorios de roles recíprocos de cada paciente para hacérselos patentes. El terapeuta está atento a sus reacciones contratransferenciales porque le informan de los roles recíprocos que el paciente pone en juego.

Actividad del terapeuta

El terapeuta reformula la demanda, lo que pone de manifiesto en un escrito que presenta al paciente en la sesión cuarta. Interpreta los problemas del paciente en términos de esta reformulación y utiliza la prescripción de tareas para casa para facilitar esa comprensión.

Formato de psicoterapia propuesto (Terapia cognitivo-analítica)

Es una terapia estructurada en 16 sesiones que se ha utilizado tanto en el ámbito privado como en el del Servicio Nacional de Salud británico

3.2. CON FOCO PREFIJADO

3.2.1. Gerald Klerman (13, 144)

Concepción de los trastornos mentales

Su propuesta de tratamiento de la depresión no parte de una concepción general de los trastornos mentales sino de la constatación por la psiquiatría social de la influencia sobre el inicio y curso de estos trastornos de una serie de factores interpersonales y de la experiencia clínica. Por ello puede ser utilizada desde diversas perspectivas teóricas aunque su orientación básica es deudora de la escuela de psiquiatría interpersonal americana que parte de Meyer y Sullivan. En el manual de 1984 los autores (13) presentan su propuesta como *"...un enfoque pluralista y empírico, construido sobre la experiencia clínica y la evidencia experimental..."*. Aclaran específicamente que *"aunque muchos de sus principios derivan de la óptica general de la psiquiatría interpersonal, la terapia interpersonal (TIP) de la depresión es un tratamiento psicológico diseñado específicamente para las necesidades de los pacientes deprimidos..."*

Definición de la pauta disfuncional

La depresión es un trastorno que puede entenderse (o cuyo curso puede modificarse) atendiendo a la capacidad de los pacientes de resolver problemas interpersonales que pueden agruparse en cuatro grandes categorías: **1) duelo, 2) disputas interpersonales, 3) transiciones de rol o 4) déficits interpersonales.**

Factores terapéuticos

Los autores no proponen una teoría estructurada de curación aunque se trasluce que la aplicación de las estrategias y técnicas de la TIP supone una actuación sobre las relaciones interpersonales y las emociones actuales del paciente para permitirle afrontarlas de un modo más satisfactorio.

Tipo de relación terapeuta/paciente

En palabras de Klerman *"...el terapeuta actúa como abogado del paciente, no es neutral..."*. La relación terapéutica no se lee como lugar de la transferencia sino que se define en

unos términos mas tradicionales de relación médico/enfermo en el que el médico juega un papel activo.

Actividades del terapeuta

El terapeuta aplica las estrategias y técnicas descritas en el manual de terapia interpersonal de la depresión (13). De acuerdo con estas estrategias durante las **fases iniciales** colabora con el paciente para abordar específicamente la depresión, relacionar el cuadro con el contexto interpersonal en que se produce, identificar las áreas problema en las que se va a trabajar durante las fases intermedias y explicar los conceptos básicos de la terapia y hacer el contrato. Durante las **fases intermedias** trabaja sobre una o dos de las areas problema seleccionadas en función de lo evaluado. Las áreas posibles son **duelo, disputas interpersonales, transiciones de rol y deficits interpersonales**. Se relaciona el área escogida con la sintomatología del paciente y se aplican las técnicas con la guía establecida en el manual. Durante la **fase de terminación** se procura una discusión explícita del final del tratamiento y el reconocimiento de esta terminación como un momento de posible duelo y se promueven movimientos hacia el reconocimiento explícito por parte del paciente de su capacidad de independencia. Los autores enfatizan el hecho de que esta terapia se caracteriza por sus estrategias no por sus técnicas así como que, para llevarla a cabo es preciso manejar las técnicas mas específicas y técnicas generales de entrevista y manejo clínico. Dividen las técnicas utilizadas en exploratorias, propiciación de afectos clarificación, análisis comunicacional, uso de la relación terapéutica , modificación de conducta y técnicas auxiliares.

Formato de psicoterapia propuesto (Terapia interpersonal de la depresión)

Se trata de una terapia breve (en torno a 20 sesiones) focalizada (en una o dos áreas problema), centrada en relaciones actuales (y no pasadas), planteada en el terreno de lo interpersonal (y no de lo intrapsíquico ni de lo cognitivo o conductual) y en el que se reconoce un

papel a la personalidad (como condicionante del pronóstico, conformadora de formas específicas de relación terapéutica o causa de problemas interpersonales recurrentes) pero no considera que su objetivo sea modificarla.

3.2. **Budman y Gurman** (1969)

Concepción de los trastornos mentales

Los autores explicitan las siguientes asunciones 1) los pacientes, para llegar a serlo, han debido sufrir alguna deficiencia de aprendizajes en algún momento de su desarrollo temprano, 2) las personas y su ambiente están en interacción constante y se influyen mutuamente, 3) el ambiente interpersonal nunca es neutral (o amplifica los efectos del manejo de estresores por el paciente o exacerba estos), 4) los factores casuales pueden jugar un papel importante en el curso de la vida (no todo está determinado por la personalidad, el carácter o el apoyo social), 5) la experiencia siempre se entiende por el individuo (al menos en parte) en función de su estadio de desarrollo vital y, por último, 6) poco o ningún tratamiento puede llevarse a cabo si el paciente no está preparado para el cambio.

Definición de la pauta disfuncional

Estos autores se refieren a cinco focos que consideran los más comunes (para todo tipo de trastornos susceptibles de ser tratados con terapia breve): **1) pérdidas, 2) disincronías evolutivas, 3) conflictos interpersonales, 4) presentación de síntomas y 5) trastornos de la personalidad**. A esto añaden la necesidad de considerar la existencia de abuso de sustancias. La **figura 7** representa el proceso de elección de foco para este tipo de psicoterapia.

Factores terapéuticos

La terapia es considerada como un acontecimiento que se inscribe en la vida del paciente capaz, como cualquier otro, de modificar el significado de sus experiencias anteriores y tener efectos sobre su futuro.

Tipo de relacion terapeuta/paciente

La definición de la relación es flexible y depende de las necesidades del paciente individual. El terapeuta no es neutral, desarrolla un alto grado de actividad y procura intencionadamente la brevedad de la terapia.

Actividad del terapeuta

Se trata de un alto nivel de actividad que incluye la completa gama de intervenciones propuestas desde las diversas escuelas (de la interpretación a la asignación de tareas para casa, pasando por la hipnosis, implicación de familiares o la terapia de grupo)

Formato de psicoterapia propuesto (psicoterapia breve)

Se trata de una psicoterapia breve (alrededor de 20 sesiones) organizada alrededor de un foco Interpersonal- evolutivo(*Developmental*)-existencial (I-D-E)

B.- PROPICIACIÓN DEL CAMBIO

El cambio en psicoterapia se atribuye a la acción de algun(os) factores terapéuticos. En realidad la atribución a diferentes factores del resultado de la terapia es lo que diferencia de un modo mas contundente a las diferentes escuelas terapéuticas (las diferencias en la técnica sólo buscan favorecer la acción de esos hipotéticos factores). Hasta el momento la investigación sobre resultados en psicoterapia no ha conseguido demostrar diferencias significativas en cuanto a resultados entre las psicoterapias de las diferentes escuelas y resolver así el veredicto del pájaro Dodo (83). Pero es que, además, y en contra de lo que se ha dado frecuentemente por sobreentendido en la discusión sobre factores terapeuticos la comparación de los resultados de las diferentes formas de psicoterapia (diseñadas cada una para facilitar la acción de un(os) hipotético(s) factores terapéuticos no es, en absoluto la metodología adecuada para dilucidar cuales son los ingredientes eficaces de la psicoterapia.

En primer lugar **no hay por qué dar por sentado que lo que es verdaderamente eficaz de un determinado tipo de intervención psicoterapéutica es lo que la teoría que la fundamenta supone que es**. Una primera aproximación crítica al mito que supone lo contrario, vino de la mano de teóricos de la psicoterapia que en los primeros años cincuenta, intentaron dotarse de una teoría capaz de explicar, no ya el por qué funcionaban las intervenciones que ellos postulaban, sino por qué funcionaban intervenciones basadas en supuestos diferentes cuando no antagónicos. Un hito en este sentido es el trabajo de Dollard y Miller (190) en el que intentan dar cuenta de los modos de acción de las terapias de base psicoanalítica en términos de teoría del aprendizaje. Sus conceptualizaciones del **conflicto**, la **represión**, o la **perlaboración** en términos de aprendizaje son brillantísimas y sugerentes y, como ha señalado con razón Wachtel (173) (cuya *psicodinámica cíclica* debe no poco a estos pioneros de la integración) han sido desprovechadas probablemente porque el clima de la época no estaba maduro para una reflexión tan poco ortodoxa. En esta misma línea se encuentra el trabajo de los primeros sistémicos que, en una actitud diametralmente opuesta al sectarismo de alguno de sus epígonos, quisieron ver en su aportación la posibilidad de dar cuenta de los aportes de toda la psiquiatría *americana* (o sea, para su concepto, de toda la psiquiatría) (133). La *teoría de la comunicación* se postuló entonces no como una rival de las otras escuelas sino como capaz de proporcionar una síntesis de los fragmentos privilegiados por cada una de ellas.

El cuestionamiento radical del mito que supone que lo que hace eficaz una psicoterapia es lo que postula la teoría en base a lo cual se construyó se ha planteado, sin embargo, desde lo que hoy conocemos como **teoría de los factores comunes en psicoterapia**. El precursor indiscutible de este planteamiento es, sin duda, Jerome Frank (181-184). Este autor plantea que lo que convierte en eficaces a todas las formas de psicoterapia es la presencia de una serie de elementos

que todas ellas comparten. En su opinión estos son 1) una relación emocional, de confianza con una persona que ayuda, 2) un ambiente de cura (que sirve para afirmar el prestigio del terapeuta y para dar seguridad), 3) un esquema racional, conceptual, que Frank prefiere llamar **mito** y 4) un **ritual** que requiere una participación activa de terapeuta y paciente. Frank cree que el esquema racional para explicar los problemas del paciente (el mito) y los procedimientos aceptados por ambos (el ritual) 1) refuerzan la relación terapéutica, combatiendo la sensación de alienación del paciente, 2) activan y mantienen las expectativas de ayuda del paciente, 3) ofrecen nuevas expectativas de aprendizaje, 4) activan las emociones, 5) aumentan la sensación de dominio o autoeficiencia y 6) dan una oportunidad para la práctica. Esta teoría de los factores comunes ha dado lugar, más recientemente a algunas de las propuestas más conocidas de integración entre las que son paradigmáticas las de Garfield (1957, 215) y Beitman (1955)

En segundo lugar **los factores que inducen el cambio, probablemente no son los mismos para todos los pacientes ni para todos los problemas.** A David Malan, cuyo convencimiento de la bondad de la psicoterapia psicoanalítica no le impide ser observador, no le escandaliza reconocer en su magnífico manual (24) que nunca ha visto desaparecer un ritual de lavado con este tipo de psicoterapia (con lo que probablemente no será insensato ofrecerle a quien los sufra algo del orden de la *exposición con prevención de respuesta*). Hay pacientes a los que les cuesta menos detectar pensamientos irracionales que trabajar con emociones y otros a quienes les pasa lo contrario. Y hay díadas terapeuta/paciente en las que resulta más difícil trabajar en la transferencia determinados problemas. Por ello cada vez resulta más indiscutible la aseveración de Kazdin de que la pregunta relevante en la evaluación de la eficacia de las psicoterapias no es ni si la psicoterapia (en general) es o no eficaz ni si tal forma de psicoterapia es (en general) más eficaz que tal otra sino *¿"que intervención, aplicada por quien, es más eficaz para este individuo concreto, con tal problema específico y en tal circunstancia determinada?"*

(216)

Por último puede haber **mas de un procedimiento de producir el mismo cambio**. Este tema ha sido seriamente discutido por algunos de los creadores de la terapia cognitivoconductual de la depresión reflexionando también sobre los efectos de la terapia interpersonal para el mismo trastorno (217). Pero quizás la discusión mas bonita es la que sigue - y viene ilustrada por- el experimento llevado a cabo por Fairburn (218) que echó mano de un procedimiento de terapia interpersonal buscando un *control* para probar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual de la bulimia* y acabó proponiendo un modelo de tratamiento (interpersonal) de este trastorno que había demostrado ser casi tan eficaz a corto plazo y tanto o mas en el seguimiento como la terapia cognitivo conductual. Fairburn se inclina por la hipótesis de mecanismos diversos para producir el mismo efecto mas que por la existencia de *factores comunes* que el trató de eliminar suprimiendo de las formas originales de terapia interpersonal los elementos que pudieran recordar a la cognitivo-conductual y proscribiendo la referencia explícita a la alimentación a los terapeutas interpersonales .

En cualquier caso lo que se procura en el curso de las fases intermedias de la psicoterapia es maximizar los efectos de algun(os) factor(es) terapéuticos que ser consideran capaces de inducir el cambio.

En un trabajo previo (2) nos parecieron destacables los factores terapeuticos que se

* Fairburn buscaba un formato de tratamiento que permitiera disponer de un grupo control en el se diera atención a los pacientes pero se excluyeran lo que él consideraba que eran los factores activos del tratamiento cognitivo-conductual. Escogió el manual de tratamiento interpersonal **para la depresión** de Klerman porque estaba bien estructurado. Los terapeutas que lo aplicaban tenían la consigna adicional de evitar la discusión directa de la conducta alimentaria. Los resultados al final de las 18 sesiones de tratamiento eran discretamente mejores con la terapia cognitivo-conductual, pero las pacientes que habían recibido terapia interpersonal continuaron mejorando y puntuaron mejor que las que habían sido sometidas a terapia cognitivo-conductual en el seguimiento (218)

enumeran en el **cuadro 13** y que se explican a continuación.

El **aprendizaje de nuevas conductas o estrategias de afrontamiento** (como habilidades sociales, relajación) es el objetivo explícito de la modificación de conducta o de algunas intervenciones cognitivo-conductuales. Sin embargo, como señala acertadamente Wachtel (1973) se trata de un mecanismo que opera en terapias de cualquier orientación aunque no sea su objetivo explícito. En una terapia psicodinámica, por ejemplo, la resolución de los conflictos que impiden la ejecución de determinadas tareas permite emprender éstas con lo que el aprendizaje se produce por "ensayo y error", *espontáneamente*. Wachtel (1973) plantea la legitimidad de facilitar este proceso mediante la utilización de técnicas que agilizan este aprendizaje.

Igualmente, la **modificación o corrección de cogniciones acerca del mundo o de uno mismo o de mecanismos cognitivos** es el objetivo explícito de las terapias cognitivo-conductuales o la terapia racional-emotiva., pero es un requisito de todas las terapias que suponen la prescripción de alguna forma de comportamiento (un paciente se somete a la exposición porque ha adquirido por su contacto con el terapeuta una visión diferente de su trastorno y de sí mismo), y un momento de las que promueven el *insight* ("*en situaciones que me recordaran aquello me sentía culpable, pasaba a considerarme responsable de todo lo que funcionaba mal*")

El **reconocimiento o experiencia de emociones** que han estado negadas es un factor terapéutico que es el objetivo central de las terapias gestálticas o experienciales pero que ha sido reconocido como un elemento terapéutico (siquiera subsidiario) incluso por los fundadores del psicoanálisis. En cualquier caso este reconocimiento y esta experiencia se concibe también como un **momento** de la operación a la que se atribuye el efecto en estrategias interpersonales, psicodinámicas o racional-emotivas. Lo mismo sucede en el uso como un terreno para el aprendizaje de la relación terapéutica (propugnado explícitamente por terapeutas dinámicos como Strupp y Binder (1989) o Wachtel (1973), para casos en los que no existen otras relaciones en las que

ensayar nuevos patrones por terapeutas interpersonales como Klerman (13) y conceptualizado mucho antes como parte del proceso de **experiencia emocional correctora** por Alexander (219)

El **establecimiento de nexos entre emociones, experiencias internas y circunstancias externas** es el principal factor terapéutico hipotetizado por las terapias que se consideran interpretativas, porque este es, precisamente el carácter de la interpretación. Tales nexos, sin embargo, se producen de forma *espontánea* cuando un paciente ha cambiado comportamientos o ideas irracionales acerca de sí mismo y de sus relaciones con los demás como es el objetivo de terapias de otra base teórica. Lo que las teorías en las que se basan las terapias interpretativas (como el psicoanálisis o el existencialismo) han propugnado son pautas mas o menos generales para establecer estos nexos y hacerlos patentes cuando están ocultos para el sujeto. Las propuestas modernas de psicoterapia de estas inspiraciones (como las de Luborsky (83), Strupp y Binder (88) o Yalom (212, 220)) ofrecen procedimientos operativos para construirlos.

La **experiencia emocional correctora** por la que lo vivido en la relación con el terapeuta viene a desmentir lo predecible por la experiencia previa del paciente (lo que se consigue con una actividad del terapeuta regida o no explícitamente por este propósito), es un concepto vinculado a los primeros intentos de construir una vía, basada en los principios del psicoanálisis pero diferenciada de la cura tipo, para hacer psicoterapia y hacerla con un formato breve (219). Lo que la *aceptación empática* propugnada por los seguidores de la *terapia centrada en el cliente* proporciona al paciente es también un tipo de experiencia de una forma de relación interpersonal diferente de la esperada (221).

El **aprendizaje interpersonal** ha sido definido, sobre todo, como un factor terapéutico en las intervenciones de grupo en las que ocuparía un papel semejante a la experiencia emocional correctora en la psicoterapia individual (212, 220, 222, 223). Se refiere al mismo tipo de experiencia pero en la relación con los otros miembros del grupo (o de la familia en el caso de la

terapia familiar).

La **sugestión** (bronce del que Sigmund Freud quiso diferenciar *el oro puro del psicoanálisis*) es un factor de cambio que no goza de buena prensa en la literatura sobre psicoterapia. Pero su mala prensa, probablemente, se debe a que lo que uno tiene que demostrar es que los efectos de su trabajo no se deben *sólo* a la sugestión. La sugestión es un factor, sin embargo, importante que opera con mucha más frecuencia de la que nos gusta reconocer.

La **modificación del entorno significativo del paciente** es con mucha frecuencia el factor principal en el tratamiento de niños o de personas que sufren trastornos que responden mal a cualquier tipo de tratamiento (esquizofrenia, demencias...) pero es considerado como factor determinante en el abordaje de cualquier tipo de problema por ejemplo por los terapeutas sistémicos y por muchos de los practicantes de la modificación de conducta.

Cada uno de estos factores supone el énfasis en unos elementos diferentes para ayudar al paciente a considerar (a narrarse) su historia de un modo diferente*. Muchas de las propuestas de escuelas basadas en la preeminencia de alguno de estos factores han reformulado sus hipótesis en términos de narrativas (224-226). Desde esta óptica general de las narrativas se han propuesto también formulaciones enteramente originales como las de Sluzky (19). Éste propone un nivel de análisis centrado en **microprácticas** para explicar cómo *"el terapeuta favorece los relatos nuevos, como la transformación de las narrativas empieza a configurarse a nivel del discurso, a través de la conversación terapéutica"*, es decir para explicar *como* se lleva a efecto el tercer paso de la secuencia antes referida (favorecer relatos o relaciones entre relatos alternativos). En

*En realidad el primero de ellos (aprendizaje de nuevas conductas o estrategias de afrontamiento) no constituye el material para la construcción de una historia personal alternativa tanto como la presupone: puedo invertir un esfuerzo en estos entrenamientos porque lo que *en realidad* me pasa es que no he aprendido a hacer tal cosa de modo satisfactorio. O, en todo caso, lo hago porque ahora creo que con esta ayuda soy capaz de aprender algo que me sirve para superar un problema del que, hasta ahora, era una víctima pasiva.

palabras de Sluzky *"los relatos sobre problemas, síntomas o conflictos - las mil y una respuestas a la pregunta "¿Que le trae a la terapia?" o "¿Que puedo hacer por usted? - se organizan alrededor de **personajes** y de sus muchos atributos, relaciones y vicisitudes; las **tramas** y hechos, y el grado de capacidad de acción de los participantes, el **escenario** y la incidencia que tiene en la trama; los **corolarios éticos** y los juicios de valor derivados del relato, y los **corolarios de comportamiento** o consecuencias inevitables para los participantes. Además, las historias **pueden ser contadas** de una manera en que el narrador - y complementariamente los otros - se ubican como protagonistas, testigos o interpretes de los hechos y con varios grados de competencia y credibilidad"*.

La tarea principal del terapeuta ha de ser ofrecer al paciente familia o grupo relatos alternativos que puedan ser reconocidos como propios a partir de los antiguos y que ofrezcan acceso a nuevas soluciones. Habrá de escuchar el relato del paciente y encontrar a través de la negociación y el consenso vías a la transformación. En este empeño, utilizará esquemas interpretativos o técnicas propuestas desde orientaciones cognitivas, conductuales, sistémicas o existenciales. La multiplicidad de posibles variaciones dentro de este marco general es lo que hace del encuentro terapéutico un encuentro idiosincrático (19).

Sin embargo cuando se analizan los episodios que caracterizan la evolución de una sesión, puede notarse que muchos terapeutas siguen un esquema basado en los siguientes elementos: (19)

1-Encuadrar el encuentro. Proponiendo elementos relacionados con el poder y la responsabilidad (quien tiene derecho para definir el problema, en quien recae el mérito o las culpas etc..). Normalmente de forma implícita.

2-Generar y representar los relatos dominantes: naturaleza y contexto del problema y conflictos.

3-Favorecer relatos o relaciones entre relatos alternativos

4-Realzar e ilustrar las nuevas historias. Refuerza los nuevos relatos, para alcanzar un consenso preliminar sobre las nuevas historias.

5-Afianzar los nuevos relatos. Recomendando rituales para después de la sesión o tareas específicamente diseñadas para reafirmar los nuevos relatos.

El comportamiento del terapeuta se guía por una serie de posturas (empatía, franqueza, curiosidad, connotación positiva) y guías conceptuales (privilegiando relatos, por ejemplo sobre la familia de origen, ciclo vital, secretos, cultura etc..) pero el proceso tiene lugar de forma idiosincrática.

Pero ¿cómo favorece el terapeuta nuevos relatos?. Para Sluzski, la contestación debe encontrarse en un nivel de análisis nuevo centrado en las micro-prácticas y que permite una conceptualización de las transformaciones que la terapia procura en seis dimensiones que se resumen en el **cuadro 14**.(19)

1-Transformaciones en el tiempo

Estáticas/fluctuantes. Cambios entre una descripción que no presenta fluctuaciones temporales (Ante las que el terapeuta puede preguntar: "*¿Las peleas aumentaron o disminuyeron cuando se casó tu hermana?*") y otras que lo presentan (El terapeuta pregunta: "*¿Siempre se producen peleas en casa de su suegra?*").

Se utiliza la "búsqueda de excepciones" (*¿Que pasa cuando no hay peleas?*) o la muestra de competencia (*¿Como ha hecho para reducir la intensidad de las peleas?*) y patrones y escenarios alternativos ("*Cree que cesarían las peleas si se trasladaran a casa de su suegra?*").

Otras veces interesa poner de relieve una condición constante que es ocultada por las fluctuaciones (*¿Existe algún tema común a todas esas peleas?*)

La introducción de comparaciones entre el antes y el ahora o el después introduce en las

personas una experiencia de evolución

Nombre/verbos: transformación de estados en acciones (*bajo que circunstancias...*) o la búsqueda de excepciones. Es importante transformar los rótulos diagnósticos en comportamientos.

Dar nombre puede inducir a asumir responsabilidades ("*Cuando empezó la discusión: ¿Quién empezó la agresión física?*")

No histórico/histórico. La introducción de la historia permite la generación de hipótesis explicativas, cambios en la puntuación, connotaciones, detección de fluctuaciones, excepciones y patrones.

Marido: Los problemas entre mi mujer y yo son por la conducta de mi hijo

Terapeuta: ¿Antes no había problemas entre ustedes? (y dirigiéndose a la mujer) Pero usted afirmaba que había tensión con su marido desde que se casaron...

Cuando el relato está excesivamente anclado en circunstancias pasadas, preguntas que promuevan un cambio desde una perspectiva histórica a otra ahistórica (¿Por qué consulta ahora?) *Dice usted que está triste desde hace 20 años pero antes nunca consultó por ella ¿Que la impulsó a venir a la consulta ahora?*

2-Transformaciones en la dimensión espacial

No contextual/contextual: La diferencia entre una historia que carece de escenario y otra que lo tiene. El paciente puede venir con el síntoma fuera de contexto y el terapeuta preguntar en que circunstancias se hace más perceptible el problema: *Durante los días que pasaste en casa de tu amiga ¿Vomitabas con la misma frecuencia que en casa de tus padres?*

3-Transformaciones en la dimensión causal:

Causa/efecto: noción de la "puntuación arbitraria de la secuencia de hechos".

Dice usted que los problemas entre usted y su mujer se iniciaron tras la toxicomanía de

su hijo. Pero para él sus discusiones continuas en la casa son uno de los motivos que le llevaron a buscar una huida en la droga. (cada miembro "puntúa" el inicio del problema en momentos diferentes)

4-Transformaciones en la interacción:

Intrapersonal/interpersonal. Si el narrador se refiere a las cualidades personales de otro individuo (*Ella es una cabezota*) puede preguntar el terapeuta: *¿Tú como reaccionas a su tozudez?*.

Por el contrario si la historia se centra exclusivamente en patrones interpersonales omitiendo las cualidades personales de los sujetos, preguntar por dichas cualidades puede ser útil.

Intenciones/efectos: cambios entre atribución de intención a una persona durante un hecho dado y discusión del efecto del comportamiento de tal persona o de la dinámica de la situación. Por ejemplo: *¿Cual fue el efecto de ese comportamiento en tí? ¿Y en los demás?*.

Síntomas/conflictos: cambios entre un relato basado en expresiones de *trastorno mental* y otro basado en *comportamientos recíprocos*.

Padre: "Y, de repente empezó a romper las cosas de su cuarto..."

Terapeuta: "Pero eso fue después de enterarse que su hermano le cambiaba el cuarto para estudiar mas cómodo ¿No?"

Roles/Reglas: cambios entre descripciones que asignan a las personas posiciones y conductas sancionadas socialmente y narrativas que incluyen reglas interactivas. *¿Con quien se comporta tu hermeno de esa manera?*.

Por otra parte hay roles bien definidos en nuestra cultura que merecen ser destacados en una narrativa que los soslaya, para generar cambios en las implicaciones previas (Por ejemplo el género): *"¿Que significa ser mujer en tu familia?"*

5- Transformaciones en los valores de la historia Cambios en la atribución de valores, y la

colocación de atributos(bueno y malo, avaro. generosos, sabio, ignorante)

Buena/mala intención

Sano/insano (o loco/cuerdo)

Legítimo/ilegítimo

Una mujer casada con un hombre diagnosticado de PMD decía: no sé que parte de su comportamiento es debido a la enfermedad y cual no.

6-Transformaciones en la manera de contar la historia

Pasiva/activa: cambios en un relato en el cual el narrador es el objeto y otros los actores y otro en el que el narrador es un agente activo y por tanto responsable. Una transformación de pasivo a activo es una forma poderosa de expandir el relato (cuando los pacientes se definen como víctimas de síntomas o de relaciones en las cuales la pasividad no ha sido impuesta por la fuerza física, opresión económica o ideológica). este cambio de postura es indeseable cuando el actor es un niño, una mujer abusada, un anciano frágil etc.. En estos casos conviene favorecer primero la descripción de pasividad o victimización a través de la evaluación de falta de alternativas en aquel momento como forma de devolver cierto poder al sujeto.

Interpretaciones/ descripciones: si el narrador se centra en suposiciones o conjeturas, el entrevistador puede pedirle que describa lo que ocurrió como si hubiera estado allí. O al revés *"¿Y que crees que te motivó a comportarte de esa manera?"*

Incompetencia/competencia. Si el paciente se describe así mismo como ignorante o incompetente, el terapeuta puede destacar la sabiduría que encierra dicha confesión o en otros casos puede ser conveniente provocar cierto grado de incertidumbre.

El problema que el terapeuta del sector público afronta con cada paciente está en determinar en que términos formular el foco, con qué material construir la narrativa alternativa y-

consecuentemente- que técnicas utilizar. La elección del terreno en el que plantear estas tareas depende de la consideración de cuatro factores (2): 1) tipo e intensidad de los síntomas, 2) estilo de comunicación del paciente y del terapeuta, 3) momento de disposición al cambio y 4) características del contexto.

Hay **síntomas** que orientan a la formulación en determinados términos y/o a la utilización de determinadas técnicas. El abordaje de sintomatología fóbica grave sin considerar la exposición podría tacharse de insensato sino de falta de ética (puesto que los resultados obtenidos con exposición son claramente mejores que los de cualquier abordaje que no la incluya). Por el mismo tipo de consideraciones sobre la eficacia demostrada, el diagnóstico de bulimia o el de depresión pueden orientar a la utilización de intervenciones cognitivo-conductuales o interpersonales a terapeutas que las dominen (caso de dominar ambas la elección entre ellas dependerá de la consideración del resto de los factores). Hay intervenciones muy movilizadoras claramente contraindicadas en pacientes con grave riesgo de suicidio que orientará a actitudes más de apoyo...

El **estilo de comunicación** del paciente determina las posibilidades de trabajar en una u otra esfera. Hay pacientes a los que va a costar hacer ponerse en contacto con sus sentimientos pero que van a ser capaces de resolver el problema que les trae a nosotros implicándose en llevar a cabo nuestras prescripciones y pacientes que van a ser incapaces de identificar cogniciones disfuncionales pero tienen gran facilidad para trabajar con sus afectos. Con los terapeutas, obviamente sucede lo mismo, como sabe cualquiera que se haya visto implicado en la formación en técnicas de entrevista o intervenciones psicoterapéuticas de médicos o psicólogos residentes. Evidentemente en una relación como la terapéutica se trata de dos partes y se trata de encontrar un terreno (conducta, cogniciones, afecto...) en el que ambos participantes se muevan con la suficiente comodidad.

El **momento de disposición al cambio** es un factor central en la elección del tipo de intervención. En primer lugar hay momentos (como los que Caplan (19) calificara de críticos) en los que el sujeto es particularmente receptivo a cualquier tipo de intervención de ayuda. Budman y Gurman (169), por ejemplo, consideran la elección del momento como el elemento central que posibilita la utilización de intervenciones breves. Estadíos muy tempranos de disposición al cambio (como los que Prochaska y DiClemente (187) llaman de *precontemplación*) imposibilitan la utilización de intervenciones mas prescriptivas y obligan a un trabajo (al menos preliminar) mas centrado en el reconocimiento del problema.

El **contexto** puede determinar el tipo de intervención a elegir o por condicionar los mecanismos de perpetuación del problema o por hacer inaceptables o inviables determinado tipo de intervenciones o por ofrecer facilidades para llevar a cabo alguna de ellas.

Las diferencias de resultado entre distintas formas de terapia no son tan pronunciadas como las que teóricamente cabría esperar. ésto puede ser debido a tres posibilidades: a) que las terapias comparadas puedan realmente conseguir objetivos similares a través de procesos diferentes; b) que existan diferencias que no hayan sido detectadas en otras investigaciones pasadas por haber utilizado estrategias de investigación inadecuadas; c) que diferentes terapias incorporen factores comunes que son curativos, aunque no hayan sido tenidos en cuenta por la teoría de cambio central a una escuela particular. La última hipótesis es la que ha recibido más atención y la de más relevancia para la práctica clínica (228).

La demostración, a través de la investigación, de la efectividad de muchas psicoterapias, abre la puerta a la siguiente generación de preguntas, aquéllas que atañen al mecanismo de cambio ¿Qué es lo que facilita la mejoría del paciente en psicoterapia? (229)

Tipos de cambio

Los terapeutas sistémicos hicieron un intento de análisis de las teorías del cambio basándose en dos teorías de la lógica matemática: la teoría de los grupos y la de los tipos lógicos

Sin pretender un rigor matemático, la teoría de los grupos, que surge en el siglo XIX, dice que un grupo está constituido por miembros iguales en cuanto a una característica común. Cualquier combinación de dos o más miembros, será también un miembro del grupo. Esta condición supone una invarianza y explica cambios dentro del grupo, pero hace imposible que cualquier cambio o miembro se sitúe fuera del grupo. La teoría de los grupos nos permite pensar acerca de los cambios que pueden tener lugar dentro de un sistema que, en sí, permanece invariable. Lo que no nos puede proporcionar esta teoría es un modelo para aquellos tipos de cambio que trascienden a un determinado sistema o trama de referencia (205).

La teoría de los tipos lógicos, igual que la de grupos, denomina miembros a los componentes de la totalidad y clase, en lugar de grupo, a la totalidad misma. Un axioma central de esta teoría es “ cualquier cosa que comprenda o abarque a todos los miembros de una colección, no tiene que ser un miembro de la misma” Con esta teoría no nos ocupamos de lo que sucede en el interior de una clase es decir, entre sus miembros, pero nos obliga a pensar en la relación entre un miembro y la clase y en lo que puede ocurrir cuando se produce un salto de un nivel lógico al superior (205, 230). Por ejemplo cuando un miembro es tomado por la clase entera.

Si aceptamos esta distinción se deduce que existen dos tipos diferentes de cambio: uno que tiene lugar dentro de un determinado sistema, que en sí permanece inmodificado, y otro, cuya aparición cambia el sistema mismo. Al primero se le denomina **cambio 1** y al segundo **cambio 2**. Cambio 2 es el cambio del cambio- Por ejemplo, un paciente con una fobia a los ascensores que le impide subir a un piso 14, puede aceptar un traslado en el trabajo que le facilita un despacho en un segundo piso. En este caso la persona ha aliviado su angustia alejándose de la situación temida

(cambio 1). El problema reaparecerá cuando las circunstancias que lo atenúan momentáneamente cambien y el o ella se vea de nuevo obligado al ascensor. En un segundo supuesto la persona puede, sola o buscando ayuda, desafiar sus miedos enfrentándose al objeto de angustia. Cambia la solución intentada previamente (la evitación), que en sí misma se había convertido en un problema y modifica las reglas de funcionamiento del sistema-problema (cambio 2)

Dentro de un grupo, solo se pueden producir cambios tipo 1, es decir de un miembro a otro, pero el sistema no solo no se modifica, sino que a este nivel cuanto "más cambian las cosas, más siguen permaneciendo iguales". Cuando lo que se produce es un cambio en su estructura u orden interno, estamos ante un nivel de cambio 2. En el cambio 1 los elementos se modifican, en el 2, las reglas de transformación son las que sufren cambios (205)

Mecanismos del cambio

La vida, a nivel general, es una especie de lucha entre la tendencia al caos, la dispersión, la entropía y, por otra parte, el mantenimiento del orden, la organización, la estructura, la conservación.

En un sistema, individual, familiar o social, junto a los mecanismos estabilizadores o morfostáticos, que tienden a neutralizar la desviación están los mecanismos morfogenéticos, responsables de los fenómenos como la evolución o los cambios sociales. Perturbaciones procedentes del exterior o del interior del sistema pueden llegar a producir un cambio de estado de éste (231), evolucionando hacia una situación diferente imposible de predecir a priori. Es decir, familias en crisis (o alejadas del equilibrio) o llegadas a un punto de bifurcación (oportunidades para un cambio vital) pueden evolucionar hacia una nueva estructura libre de sus síntomas indeseables. La intervención del terapeuta puede considerarse como una especie de catalizador que aporta nueva información que ayude al sistema a la creación de esa nueva estructura

El proceso del cambio

Prochaska y DiClemente (1987) fundamentan su abordaje transteórico en tres elementos: el proceso, el estadio y el nivel de cambio. En cuanto al primer elemento, identificaron al menos diez **procesos** distintos de cambio: 1- aumento de la conciencia, 2- auto liberación; 3- liberación social; 4- contracondicionamiento; 5- control de estímulos; 6- autoreevaluación; 7-reevaluación ambiental; 8- manejo de la contingencia; 9- alivio dramático; 10-relaciones de ayuda

Las personas en su ambiente habitual utilizan estos 10 procesos diferentes de cambio para modificar problemas. La mayoría de los sistemas terapéuticos utilizan solo 2 o 3. Los objetivos de un abordaje integrador incluyen preservar las ideas más valiosas de los sistemas terapéuticos principales, dar orden a la diversidad caótica del campo de las psicoterapias, ofrecer una alternativa susceptible de ser investigada y comparada y generar un abordaje sistemático.

Para estos autores, junto con el análisis del proceso que tiene lugar para conseguir el cambio, está la evaluación del **estadio** (el segundo elemento). Éste refleja los aspectos motivacionales y temporales del cambio. El cambio intencional no es un proceso de todo o nada sino un movimiento gradual a través de estadios específicos. No ser conscientes de este fenómeno ha llevado a algunos de los teóricos de la terapia a asumir que todos los pacientes están en el mismo estadio de cambio y preparados para el mismo proceso de cambio.

Prochaska y DiClemente identificaron cinco estadios básicos de cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento

Desde su perspectiva un estadio de cambio representa tanto un periodo de tiempo como un conjunto de tareas necesarias para moverse hacia el siguiente estadio.. Mientras que el tiempo gastado en cada estadio puede variar, las tareas a llevar a cabo son invariables. Ciertos procesos de cambio son más relevantes y se aconseja potenciarlos durante estadios particulares de cambio. Una vez acarado el estadio de cambio en que está el paciente, el terapeuta podrá conocer que

técnicas debe aplicar, para ayudarle a progresar hacia el siguiente estadio.

Para ayudar a las personas a pasar de un estadio de **precontemplación** (durante el cual el individuo procesa menos información sobre su problema, gasta menos tiempo y energía en reevaluarse a sí mismo, experimenta menos reacciones emocionales a los aspectos negativos del problema, está menos abierto a los otros), se sugieren varios procesos de cambio que son de ayuda: 1-intervenciones que tiendan a aumentar la conciencia , como observaciones, confrontaciones e interpretaciones, los pacientes han de ser más conscientes de los aspectos negativos del problema para poder moverse hacia el estadio de contemplación. 2- proceso de alivio dramático, proporciona al paciente la experiencia afectiva . Acontecimientos vitales como la muerte de un ser querido puede movilizar a los precontempladores

En el estadio de **contemplación** los pacientes están más abiertos a las intervenciones para aumentar la conciencia, tales como observaciones, confrontaciones e interpretaciones.. Pueden beneficiarse de intervenciones educativas y son más libres de reevaluarse a sí mismos cognitivamente y afectivamente. El proceso de reevaluación incluye un análisis sobre los valores que los pacientes intentan fomentar y cuales abandonar. Los contempladores también evalúan los efectos de sus conductas en el ambiente

El movimiento desde el estadio de precontemplación al de contemplación y a través de éste implica un aumento del uso de procesos de cambio afectivo, cognitivo y evaluativo. Para **preparar más adecuadamente a los sujetos para la acción**, se requieren cambios en cómo piensan y sienten acerca de sus problemas de conducta y cómo valoran sus estilos de vida.

Durante el estadio de **acción** es importante que el paciente actúe desde un sentimiento de auto-liberación. Necesitan aceptar que las fuerzas coercitivas forman parte de su vida como las fuerzas que le impulsan a la autonomía. Tener confianza en que los propios esfuerzos de uno, juegan un papel crítico en triunfar en situaciones difíciles. Pero la auto-liberación también

depende de que el paciente sea suficientemente competente con procesos de conducta tales como el contracondicionamiento y el control de estímulos, para manejarse con circunstancias externas adversas. Según se desarrolla la acción el terapeuta proporciona una alianza de ayuda en la cual se convierte en consultor del cliente como promotor de sus propios cambios. Este estadio que es particularmente estresante requiere más comprensión y apoyo

También esencial es la preparación para el **mantenimiento**. Requiere una evaluación abierta de las condiciones bajo las cuales hay más probabilidad de recaída Quizá más importante es el sentimiento de que uno se va convirtiendo cada vez más en la persona que quiere ser.

Por fin, el tercer elemento básico en el modelo de Prochaska y DiClemente es el de los **niveles de cambio**. La realidad no suele presentar los problemas simples y bien definidos Los síntomas y síndromes ocurren en niveles de funcionamiento humano interrelacionado.. Los niveles de cambio representan una organización jerárquica de cinco niveles distintos, pero conectados entre sí: 1) problemas sintomáticos, situacionales, 2) cogniciones maladaptativas, 3) conflictos interpersonales actuales, 4) conflictos en el sistema familiar, 5) conflictos intrapersonales.

A estos autores les parece crítico para el proceso de cambio que terapeuta y cliente se pongan de acuerdo en el nivel al que atribuyen el problema y en que nivel o niveles se implican en el trabajo conjunto.

En el abordaje transteórico, prefieren intervenir en primer lugar en el nivel sintomático, porque el cambio tiende a ocurrir más rápidamente en este nivel y representa la primera razón por la que un individuo entra en terapia.. Según bajamos en la jerarquía descrita, más relacionado estará el problema con el sentido del *self*. Cuanto más profundo sea el nivel, que necesita ser cambiado, más larga y compleja será la terapia y mayor la resistencia del paciente.

Los niveles no están aislados unos de otros, cambio a un nivel es probable que produzca

cambio en otro nivel. El terapeuta ha de estar preparado para intervenir en cualquiera de los cinco niveles, aunque la preferencia es hacerlo en primer lugar en el nivel más alto y más contemporáneo, según el juicio y la evaluación clínica

En resumen, el abordaje transteórico busca la integración terapéutica y el cambio aplicando procesos específicos en estadios específicos, de acuerdo con un nivel particular de identificación del problema.

Tres estrategias básicas se emplean para intervenir a través de múltiples niveles de cambio. La primera es una estrategia de **movimiento de niveles**. La terapia puede centrarse primero en los síntomas del paciente y si el tratamiento es posible llevarlo a cabo y el paciente progresa adecuadamente a través de los estadios del cambio, se termina el tratamiento sin tener que moverse a un nivel más complejo. Si este abordaje no fuera efectivo, la terapia tendrá que moverse a un nivel más complejo. El movimiento es de un nivel más alto a uno más bajo.

La segunda opción es la **estrategia de “nivel clave”** (Key level), si la evidencia apunta hacia un nivel clave en que el paciente puede ser comprometido, el terapeuta trabajará exclusivamente a este nivel..

La tercera alternativa es la **estrategia de “máximo-impacto”**. Se utiliza en casos muy complejos donde es evidente que están implicados múltiples niveles, como causa, efecto o responsables del mantenimiento. Se llevan a cabo intervenciones con objeto de promover el cambio a través de un impacto máximo de forma sinérgica y no secuencial.

Dependiendo de qué nivel y que estadio estemos trabajando , diferentes sistemas terapéuticos jugarán un rol más prominente. Por ejemplo, conductismo a un nivel sintomático, terapia racional emotiva y cognitiva a un nivel de cogniciones maladaptativas, terapia de pareja y transaccional a un nivel de conflictos interpersonales, terapia estratégica en el nivel familiar y psicoanalítica y existencial a un nivel intrapersonal (187)

El papel del terapeuta es el de maximizar los esfuerzos de autocambio, facilitando procesos infrautilizados, disminuyendo procesos excesivamente utilizados, corrigiendo procesos aplicados incorrectamente, enseñando nuevos o desconocidos procesos y redirigiendo los esfuerzos del cambio hacia estadios y niveles apropiados para conseguirlo.

La evaluación de los niveles de cambio requiere una entrevista clínica que explore cada uno de los niveles. Es importante establecer a que nivel o niveles el paciente percibe el problema, tanto como los niveles que el clínico considera implicados en el problema.

Una mujer acude a consulta relatando asfixia, mareo, incapacidad para alejarse de su casa durante un tiempo prolongado o grandes distancias e imposibilidad para salir sola de casa. Uno de sus hijos la acompaña continuamente cuando sale, aún a riesgo de retrasarse en su curso escolar. La paciente, con antecedentes alérgicos, interpreta el problema como crisis de broncoespasmo que dificultan su respiración y que la han atemorizado hasta un punto de crear un problema psicológico. El terapeuta ha explorado, pues, el nivel al que la paciente percibe el problema. Prosigue la indagación a nivel relacional, interpersonal y descubre que M está viviendo en la actualidad la trágica situación de la agonía en casa de su esposo, diagnosticado de un cáncer de pulmón en estadio terminal. De modo sorprendente la paciente no es capaz de hacer una conexión entre sus síntomas y dicha situación. En este caso fue adecuado iniciar un tratamiento centrado en los síntomas, que se siguió, casi de inmediato por una facilitación de la expresión de sentimientos. Terapeuta y paciente se comprometieron en el objetivo de ayudar a la segunda en la elaboración del duelo.

El terapeuta evalúa también el proceso de cambio que está siendo utilizado por el paciente. Explora que es lo que éste está haciendo para resolver el problema, con que frecuencia lleva a cabo estas actividades y que intentos ha hecho en el pasado por resolverlo

El abordaje transteórico puede ser utilizado en un formato breve o largo. La longitud de la terapia, el encuadre y modalidad vienen determinados por el estadio del cambio, nivel y tipo de procesos empleados más que por un predeterminado programa del terapeuta. Así una intervención familiar puede ser utilizada para mover a un precontemplativo alcohólico hacia un estadio de contemplación en que tome conciencia de su problema, y de acción, iniciando el tratamiento de su dependencia..

Duración y tiempo de la terapia dependerá del nivel y estadio de cambio del problema. Individuos con problemas circunscritos y en la fase de acción, con frecuencia modifican su problema en un breve periodo de tiempo. Una sesión de terapia más larga o más intensa que incluya otros significativos puede ser necesaria para individuos en fase de precontemplación con el objeto de vencer sus defensas. Sesiones menos frecuentes pueden ser más apropiadas para aquellos en fases de contemplación o mantenimiento

Contraindicaciones para utilizar este abordaje serían aquéllas situaciones donde un cambio intencional no fuera la primera meta:

Un hombre con sintomatología depresiva acude a la consulta afirmando desear ayuda para reconstruir su matrimonio. Sigue queriendo a su mujer y considera que los compromisos adquiridos por el matrimonio son para toda la vida. Relaciona su desánimo con los conflictos entre ellos que se han intensificado en los últimos meses. Sugiere que el carácter tremendamente dominante de su mujer es la causa de todo el problema, pero que él está dispuesto a amoldarse en aras de proseguir el proyecto familiar en el que se embarcaron años atrás. El terapeuta decide convocar a la mujer a la próxima entrevista. Su objetivo será evaluar la posibilidad de un trabajo de pareja. Los dos se muestran, en la siguiente sesión, dispuestos a iniciar un tratamiento a éste nivel. Durante las entrevistas siguientes, tras una breve fase de mejoría o más bien de “tregua”, continúan las descalificaciones mutuas y los boicoteos continuos al plan

terapéutico. El terapeuta reconstruye la situación desde la demanda. La amenaza actual de separación de la mujer tras una relación pasada de malos tratos y sumisión, fuerza al marido a jugar la carta del tratamiento. A través de la intervención hay un objetivo de descalificar la separación como producto de la mente enferma de la mujer, a la que nunca le concederá lo que ella desea que es separarse. La mujer viene al tratamiento con el secreto anhelo de demostrar la imposibilidad de cualquier esfuerzo, incluido el de un experto, por mejorar su relación y plantea con fuerza, en un lenguaje no verbal, la exigencia de una separación que el marido explícitamente descarta de forma radical. La exasperación de éste va en aumento cuando según se muestra más atento y cariñosa con ella, ésta le responde con más rabia, señalándole una y otra vez la inutilidad de sus esfuerzos y el camino de la separación. El terapeuta hace una intervención que explicita esta situación y declara la no indicación de tratamiento. Admite que la evaluación de la posibilidad de un tratamiento de pareja fue errónea. Si bien el nivel más conflictivo se sitúa en la relación diádica, los objetivos de cada uno de los miembros son muy distintos a los declarados como deseo de reconstrucción de la relación. En este tipo de parejas, la intervención psicoterapéutica es enredada dentro de la dinámica de pareja más general y además de perder su potencial poder terapéutico, se hace interminable.

En el abordaje transteórico, el interés se centra en identificar que procesos serían más efectivos en ayudar a moverse una persona de un particular estadio de cambio al siguiente con respecto a cierto nivel o niveles de cambio. La decisión de utilizar un proceso particular está determinada por múltiples variables.

Si el terapeuta intenta trabajar a un nivel distinto del que requiere el estadio del paciente se arriesga el fracaso de la terapia. Así, un terapeuta implicado en facilitar los procesos de toma de conciencia del paciente, puede frustrar a una persona lista para la acción en un nivel sintomático. Un conductista puede sentirse continuamente frustrado por un paciente

precontemplativo que no cumple sus instrucciones. El terapeuta de familia que insiste en que el cambio tenga lugar a través de la intervención familiar fracasará en implicar a un paciente miembro crítico precontemplativo.

El terapeuta debe ser consciente de sus preferencias por particulares estadios, procesos o niveles. Muchos tienen grandes habilidades para algunos de ellos y para otros no. También ha de ser consciente de sus limitaciones. Respetar la posición del cliente en los estadios de cambio es un importante primer paso en el encuentro entre terapeuta y paciente.

El terapeuta es visto como un experto en el cambio. La relación consultor-cliente necesita ser modelada de acuerdo con los problemas particulares del paciente. Un paciente que no es consciente de su problema, no es visto como resistente al terapeuta o no colaborador, sino resistente al cambio. El terapeuta debe ser consciente de la ansiedad que provoca la perspectiva del cambio y tomar el papel de un consultor que ayuda al cliente a explorar el problema. Se convierte así en un aliado más que en otra persona que presiona hacia el cambio.

En el estadio de contemplación, el terapeuta debe tener cuidado de no ser impaciente. Si bien no ha de potenciar la contemplación crónica, tampoco han de fomentar la culpa o el cambio prematuro. El terapeuta puede provocar a los pacientes haciendo explícitos los pros y los contras.

Durante los estadios de acción y mantenimiento, el terapeuta puede asumir una relación de enseñar más formal. Los esfuerzos iniciales pueden necesitar aún el apoyo en la confianza que despierta el terapeuta, al que se tiende a idealizar. Sin embargo, tan pronto como fuese posible es importante que el paciente vaya desarrollando autoconfianza e independencia del terapeuta. Para terapeutas que, a su vez, necesitan ser necesitados, esto puede suponer un problema.

Diferentes procesos son más relevantes para producir el cambio en diferentes estadios.

El problema teórico importante es que el cambio intencional, tal como ocurre en terapia, es sólo un tipo de cambio que puede mover a las personas. Acontecimientos ambientales o crisis

de desarrollo pueden producir cambios en la vida de las personas por otras vías. El abordaje transteórico se centra en facilitar el cambio intencional, pero reconoce y a veces se apoya en otros tipos de cambio. El terapeuta debe ayudar al cliente a identificar también las fuerzas ambientales o de desarrollo que le empujan al cambio

Cuando el cliente se empieza a mover hacia el estadio de contemplación su capacidad de introspección y entendimiento es crítico para progresar. Si el insight es histórico-genético, interactivo, cognitivo, o situacional dependerá del nivel de cambio que se necesite

Por ejemplo, moverse de la contemplación a la acción implica los procesos de concienciación y auto-evaluación. El movimiento hacia la acción requiere la adquisición de habilidades y su utilización como estrategias primordiales para el progreso terapéutico.

FASES FINALES

La preocupación por las fases finales o la *terminación* de la terapia ha venido de la mano del interés por las formas breves de terapia. El final de la intervención psicoterapéutica no implica necesariamente el final de la relación entre el terapeuta y el paciente. Puede dar lugar al establecimiento de unas **sesiones de seguimiento**, o en el caso de trastornos crónicos o recidivantes, o de existencia de estresores crónicos o de factores de personalidad que predisponen a recaídas puede dar paso a una terapia de mantenimiento (con un contrato, unos objetivos y una forma de trabajo diferentes) (2).

Estas fases se guían por la prosecución de una serie de **objetivos** como son:

1. Evaluar conjuntamente el resultado de la terapia y acordar la conveniencia de terminar
2. Evaluar y potenciar la generalización de los efectos beneficiosos de la terapia y la capacidad de funcionamiento independiente.
3. Prever los efectos del final de la terapia, la separación del terapeuta y el afrontamiento de problemas previsibles sin apoyo profesional.

4. Prever recaídas y circunstancias que justificarían una nueva consulta.

Para lograr estos objetivos el terapeuta acomete una serie de **tareas como son** (2)

1. Revisar el curso de la terapia, los logros conseguidos y la capacidad del paciente para afrontar los pendientes.

2. Revisar la evidencia de capacidad de funcionamiento del paciente independiente del terapeuta

3 Modular el proceso de retirada de apoyo según los requerimientos de cada paciente (disminución de la cantidad o intensidad de las intervenciones o de la directividad, distanciamiento de las sesiones...)

4. Abordar los aspectos de dependencia o *beneficio secundario* (bajas, rol de enfermo...) vinculados a la terapia

5. Afrontar los posibles aspectos de duelo ligados al fin de la terapia

6. Prever problemas futuros y estrategias de afrontamiento

7. Definir condiciones de una nueva

3.- COMENTARIOS FINALES

La práctica clínica en el sector público de algún modo **obliga** a una postura abierta a diferentes mentalidades y escuelas e **impone** un cierto eclecticismo o actitud integradora. O dicho de otro modo: las escuelas perviven con su sectarismo intacto porque han arbitrado procedimientos de selección de pacientes y perpetuación de su discurso que son inviables cuando se tiene la responsabilidad de atender la patología de toda una población.

El futuro de la psicoterapia (entendida como un procedimiento para tratar trastornos mentales) se jugará donde se lleve a cabo la atención a los trastornos mentales en general.

La pregunta planteada no sólo en nuestro país sino en todo el mundo desarrollado es cuál es el porvenir del sistema público de atención a la salud y cuál va a ser el lugar que la atención a los problemas de salud mental va a ocupar dentro de este.

Aunque en los Estados Unidos no cabe hablar propiamente de un sistema público, lo cierto es que la introducción del *managed care* con su referencia a la *relación coste/eficacia* y la necesidad de justificar la *necesidad médica* de cada intervención ha desatado allí una interesante polémica. En un reciente artículo Bennett (232) revisa los tres sistemas de referencia utilizables para determinar la *necesidad de atención* (la nosología, el principio de maximización de capacidades y el de bienestar social). Finalmente plantea la siguiente definición

...la atención es médicamente necesaria cuando existe un trastorno diagnosticable y el paciente tiene una disminución funcional o está clínicamente inestable debido a ese trastorno y cuando existe un tratamiento con eficacia probada para restaurar la normalidad o reducir la incapacidad.

Bennet cree reconocer la necesidad de psicoterapia en tres contextos diferentes 1) como

coadyuvante en tratamientos que incluyen otros elementos (esquizofrenia, trastorno bipolar, adicciones, recuperación del trauma o abuso...), 2) como tratamiento específico de trastornos definidos (cita los ejemplos de la terapia interpersonal y la cognitivo-conductual en el tratamiento de una serie de trastornos afectivos) y 3) un a modo de *uso compasivo* cuando no existe una modalidad de tratamiento preferible y, en cambio existe una base racional para sospechar que la psicoterapia puede ser de ayuda.

En el mismo número de *Psychiatric Services*, Borenstein (233) discute la viabilidad de los tratamientos psicoterapéuticos en el marco del *managed care*. Los datos existentes muestran que cuando se oferta a una población la posibilidad de recibir gratuitamente psicoterapia sólo un 4.3% la utiliza alguna vez en la vida y que el número medio de sesiones de psicoterapia recibida por los usuarios americanos está entre 4 y 8 (que se eleva hasta 11 cuando se ofertan gratis). Para este autor la psicoterapia es un instrumento básico de la atención psiquiátrica y no existen datos que aconsejen la introducción de restricciones a su uso en los planes de salud.

Argumentos semejantes se esgrimieron en la polémica que precedió a la inclusión de la *psicoterapia individual y de grupo* en el Catálogo de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud español. Ni que decir tiene que este concepto corre serio riesgo ante futuras revisiones del catálogo.

En nuestra opinión es preciso realizar un trabajo capaz de justificar la presencia de las intervenciones psicoterapéuticas que debería ajustarse a los siguientes ejes

- 1) proporcionar una definición rigurosa sobre ***qué son las intervenciones psicoterapéuticas***
- 2) proponer ***intervenciones integrales*** que incluyan aspectos psicológicos, biológicos y sociales para los trastornos que lo requieran (psicosis, adicciones...) y diseñar procedimientos para secuenciarlos y combinarlos, y medir su eficacia.

- 3) proponer *intervenciones específicas para trastornos específicos* (depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de la conducta alimentaria...) y evaluar su eficacia
- 4) delimitar cuales son los *ingredientes activos* de las terapias en uso
- 5) habilitar *sistemas de formación* en estas intervenciones para los clínicos que van a trabajar en el sistema público.

No hay, hasta la fecha, mucho trabajo hecho en este sentido. Quizás las prioridades en un sistema en proceso de reforma han sido otras, pero parece llegado el momento en que estas líneas de trabajo pueden comenzar a abrirse.

CUADRO 1: REVISIONES META-ANALÍTICAS DE RESULTADOS CON DEPRESIÓN (tomado de Lambert y Bergin 1994 (9), reproducido con permiso de John Wiley and Sons, Inc, all rights reserved)

autores	diagnóstico/tratam	nº estudios	magn. efecto
Dobson (1989)(28)	depresión/ter cognit	10	2.15
Nietzel, Russel, Hemmings y Gretter (1987)(29)	depresión unipolar	28	0.71
Quality Assurance Project (1983)(30)	depresión	10	0.65
Robinson, Berman y Neimeyer (1990)(31)	depresión	29	0.84
Steinbrueck, Maxwell y Howard (1983)(32)	depresión	56	1.22

CUADRO 2: REVISIONES META-ANALÍTICAS DE RESULTADOS CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD (Lambert y Bergin 1994 (9), reproducido con permiso de John Wiley and Sons, Inc, all rights reserved)

Investigadores	diagnostico/tratam	n° estudios	magn efecto
Allen, Hunter y Donohue (1989) (33)	asiedad ante hablar en público	97	0.51
Christensen, Hadzi-Pavlovic, Andrews y Mattick (1987) (34)	TOC/exposición	5	1.37
Clum (1989) (35)	pánico, agorafobia/terapia de conducta	283	70%
	no terapia	46	30%
Hyman, Feldman, Harris, Levin y Maloy (1989) (36)	relajación	48	0.58
Jorm (1989) (37)	ansiedad y neuroticimo	63	0.53
Mattick, Andrews, Hazdi-Pavlovic y Christersen (1990) (38)	agorafobia vs lista de espera	51	1.62 0.02
Quality Assurance Project (1982) (39)	agorafobia	25	1.2
Quality Assurance Project (1985a) (40)	ansiedad	81	0.98
Quality Assurance Project (1985b) (41)	TOC/exposición	38	1.34
Trull, Nietzel y Main (1988) (42)	Agorafobia	19	2.10

CUADRO 3: REVISIONES META-ANALÍTICAS DE RESULTADOS CON TRASTORNOS Y TÉCNICAS DIVERSOS (Lambert y Bergin 1994 (9), reproducido con permiso de John Wiley and Sons, Inc, all rights reserved)

investigadores	diagnóstico/tratamiento	nº estudios	magn efect
Andrews y Harvey (1981) (43)	neurosis	81	0.72
Andrews, Guitar y Howie (1980) (44)	tartamudeo	29	1.30
Asay, Lambert, Chistersen y Beutler (1984) (45)	demanda de varios centros de salud mental	8	0.82
Balestrieri, Williams y Wilkinson (1988) (46)	misceláneo	11	0.22
Barker, Funk y Houston (1988) (47)	misceláneo	17	1.25
Benton v Schroeder (1990) (48)	esquizofrenia	23	0.70
Blanchard, Andrasik, Ahles, Teders y O,Keefe (1980) (49)	cefalea	35	40-80%
Bowers y Clum (1988) (50)	terapia de conducta	69	0.76
Christersen, Hazli-Pavlovic, Andrews y Mattick (1987) (34)	terapia de conducta	10	1.16
	control	4	0.04
Crits-Cristoph (1992) (51)	terapia dinámica breve	11	86% 50%
Dush, Hirt y Schroeder (1983) (52)	modif. autoafirmación	69	0.74
Giblin, Sprenkle y Sheehan (1985) (53)	terapia familiar	85	0.44
Hahlweg y Markman (1988) (54)	t. de pareja conductista	17	0.95
	intervención premarital	7	0.79
Hazelrigg, Cooper y Borduin (1987) (55)	terapia/interacción fam	7	0.45
	autocalificación	6	0.50
Hill (1987) (56)	tratamiento paradójico	15	0.99
Holroyd (1990) (57)	cefalea/biofeedback	22	47.3%
Laessle, Zoettle y Pirke (1987) (58)	bulimia	9	1.14

Landman y Dawes (1982) (59)	misceláneo	42	0.90
Lyons y Woods (1991) (60)	ter. racional emotiva	70	0.98
Markus, Lange y Pettigrew (1990) (61)	terapia de familia	10	0.70
Miller y Berman (1983) (62)	t. cognitivo-conductual	38	0.83
Nicholson y Bergman (1983) (63)	neurosis	47	0.70
Prouf y De Martino (1986) (64)	terapias de escuela	33	0.58
Quality Assurance Project (1984) (65)	esquizofrenia	5	0.00
Shapiro y Shapiro (1982) (66)	misceláneo	143	1.03
Shoham-Salomon y Rosental (1987) (67)	tratamiento paradójico	10	0.42
Smith, Glass y Miller (1980) (68)	misceláneo	475	0.85
Svartberg y Stiles (1980) (69)	terapia dinámica breve	7	55%
	no tratamiento	7	45%
Wampler (1982) (70)	comunicación marital	20	0.43
Weisz, Weiss, Alicke y Klotz (1987) (71)	adolescentes	108	0.79

CUADRO 4: listado de factores terapéuticos comunes entre las diversas terapias que se han asociado con resultados positivos (Bergin y Garfield 1994)

de apoyo	de aprendizaje	de acción
<ul style="list-style-type: none"> *catarsis *identificación con el terapeuta *mitigamiento de la soledad *relación positiva *tranquilización *liberación de tensión *estructura *alianza terapéutica *participación activa terapeuta/cliente *experiencia del terapeuta *calidez, respeto, empatía aceptación y autenticidad del terapeuta *confianza 	<ul style="list-style-type: none"> *consejo *experiencia afectiva *asimilación de experiencias problemáticas *cambio de las expectativas sobre eficacia personal *aprendizaje cognitivo *experiencia emocional correctora *exploración de las referencias internas *retroinformación *introspección *razonamiento 	<ul style="list-style-type: none"> *regulación de la conducta *destreza cognitiva *estimulación a enfrentar miedos *asunción de riesgos *esfuerzos de adiestramiento *modelado *confrontación con la realidad *experiencias con éxito *perlaboración

CUADRO 5: INDICACIÓN DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

(Fernández Liria, Hernández Monsalve, Rodríguez Vega, Benito Cano y Mas Hesse1997)

- 1.- cuadro clínico que responde a fármacos
 - 2.- síntomas cuya modificación alteraría el curso o el impacto del trastorno que responden a fármacos
 - 3.- existencia de contraindicaciones
 - 4.- aceptación del tratamiento
-

CUADRO 6: INDICACIÓN DE TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

(Fernández Liria, Hernández Monsalve, Rodríguez Vega, Benito Cano y Mas Hesse 1997)

- 1.- cuadro clínico que responde a psicoterapia
 - 2.- existen aspectos del problema por el que se consulta que son modificables por la psicoterapia y modificarían la evolución o el impacto del trastorno
 - 3.- existe o se puede construir una versión del problema (aportada o aceptada por el demandante) que plantea
 - un conflicto en relación consigo mismo
 - un conflicto en relación con otros significativos
 - un conflicto con acontecimientos (supone la capacidad del paciente de colocarse como implicado personalmente en el problema o la resolución del mismo)
 - 4.- expectativas del paciente
 - 5.- factores limitantes
 - edad y etapa del ciclo vital del paciente
 - accesibilidad
 - aspectos culturales
 - actitud y susceptibilidad ante el cambio
-

-
- 1.- Encuadre Individual
Familiar
Grupal
 - 2.- Énfasis sobre Afecto
Conducta
Pensamiento
 - 3.- Énfasis sobre experiencias * Interpersonales * con el mundo exterior
* Intrapélicas * díada paciente-terapeuta
 - 4.- Relaciones * pasadas
* presentes
* con el terapeuta
 - 5.- Con referencia * al discurso explícito
* a un discurso implícito
 - 6.- Con énfasis en la comunicación * verbal
* no verbal
 - 7.- Sobre una definición * longitudinal
* transversal
 - 8.- Grado de uso de cada actividad del terapeuta
 - 9.- Conceptualización de la relación terapéutica
* lugar de experiencia emocional
* colaboración
* relación prescriptiva
 - 10.- Actuación preferente sobre * el sujeto
* el contexto
 - 11.- Definición del encuadre (rígido, flexible, fijo, variable...)
-

CUADRO 7: CARACTERIZACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA: CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO (Fernández Liria, Hernández Monsalve, Benito Cano, Mas Hesse y Rodríguez Vega 1997)

CUADRO 8: CONTRATO EN PSICOTERAPIA

1.- FOCO

Devolución

hipótesis del terapeuta (razonada)

estimación **pronóstica**

justificación de una **propuesta de tratamiento**

Acuerdo de una versión conjunta (terapeuta/paciente) del problema

2.- ENCUADRE

. individual/pareja/familiar/grupo

. lugar/posición

. frecuencia/duración de las visitas

. manejo de incidencias

-retrasos

-citas perdidas/canceladas

-prolongación derivación

-urgencias/citas extra

.ilimitado (¿hasta cuando?, ¿hasta conseguir que?), por tiempo predeterminado (nº de sesiones determinado, nº de horas determinado)

.normas del paciente (asociación, tareas para casa...)

.normas del terapeuta (directividad, respuesta a preguntas, consejos...)

3.- OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

CUADRO 9: Esquema de los modelos de definición de pautas disfuncionales revisados en este texto

4.1.1 Propuestas específicas

- . En clave **psicodinámica**
 - Malan/Davanloo y los 2 triángulos
 - Luborsky
 - Strupp y Binder
 - Bellak y Small
- . En clave **cognitiva**
 - Beck
 - Ellis
 - Michelbaum
- . En clave **conductual**
 - Skinner
 - Wolpe
 - Bandura
- . En clave **existencial**
 - Yalom
- . En clave **sistémica**
 - Waltzlawick
 - Selvini

4.1.2 Propuestas eclécticas

- Lazarus
- Beutler

4.1.3 Propuestas de integración

- con foco prefijado
 - Klerman
 - Budman y Gurman
 - con foco a construir
 - Wachtel
 - Horowitz
 - Ryle
-

CUADRO 10: Mapa de las funciones del Yo propuesto por Bellak y Siegel (1983)

Función del yo	Componentes
1. Prueba de calidad	Distinción entre estímulo interno y externo Exactitud de percepción Conciencia reflexiva y prueba de realidad interna
2. Juicio	Anticipación de consecuencias Manifestación de esta anticipación en la conducta Propiedad emocional de esta anticipación.
3. Sentido de realidad y de la propia identidad.	Grado de desrealización Grado de despersonalización Autoidentidad y autoestima Claridad de límites entre la propia identidad y el mundo
4. Regulación y control de las tendencias, afectos e impulsos.	Dirección de la expresión del impulso Afectividad de los mecanismos de defensa
5. Relaciones objetales	Grados y clase de relación Primitivas (narcisistas, anaclínicas o elecciones de objeto simbióticas). Grado en el cual otros son percibidos independientemente de uno. Constancia objetal
6. Proceso del pensamiento	Memoria, concentración y atención Habilidad para conceptualizar Proceso primario-secundario
7. Regresión adaptativa al servicio del yo.	Regresión moderada de la agudeza cognoscitiva Configuraciones nuevas
8. Funcionamiento defensivo.	Debilidad o intrusión de las defensas Éxito y fracaso de las defensas
9. Barrera a los estímulos	Umbral del estímulo Efect. del manejo para estímulos de entrada excesivos
10. Grado de libertad del deterioro de los aparatos autónomos primarios.	Grado de libertad del deterioro de los aparatos autónomos primarios. Grado de liber. del deterioro de la autonomía secundaria.
11. Funcionamiento sintético-integrativo.	Grado de ajuste de las incongruencias Grado de relación con los eventos
12. Competencia-supremacía.	Competencia (qué tan bien se desempeña el sujeto en la actualidad en relación a su capacidad existente de interactuar con un superior activo e influir su ambiente) El papel subjetivo (el sentimiento de compet. del sujeto respecto a un superior activo y afectando su ambiente). Grado de discrep. entre los otros dos componentes (es decir, entre la competencia actual y el sentido de ésta).

CUADRO 11: PROPUESTA PARA LA CARACTERIZACIÓN DE DIVERSOS TRASTORNOS POR BELLAK Y SIEGEL (1983)

DIEZ FACTORES ESPECIFICOS EN LA PSICOTERAPIA DE LA DEPRESION

1. Problemas en la regulación de la autoestima
2. Supery o severo
3. (Intra)agresión
4. Pérdida
5. Desilusión
6. Decepción
7. Hambre de estímulos (oralidad)
8. Dependencia de nutrientes narcisistas externos
9. Negación
10. Perturbaciones en las relaciones objetales: la unidad diádica y condiciones teóricas de sistemas.

DIEZ FACTORES ESPECIFICOS EN EL MANEJO TERAPEUTICO DE PACIENTES SUICIDAS

1. Situaciones o factores precipitantes (depresión pánico)
2. Contenido, especificidad y primitividad de los planes y fantasías.
3. Intentos (o planes) previos y circunstancias que los rodean
4. Antecedentes familiares de suicidios, depresión o ambos
5. Si es agudamente suicida, abandone la neutralidad terapéutica
6. Trabaje con la visión en túnel
7. Trato para un aplazamiento y uso de otras variables involucradas en el "acting out".
8. Trabaje con factores pertenecientes a la depresión o pánico
9. Consiga personas significativas para el paciente dentro de la situación: recursos comunitarios.
10. Fármacos, hospitalización

DIEZ FACTORES ESPECIFICOS EN EL MANEJO TERAPEUTICO DEL PANICO

1. Establezca la causa inconsciente del pánico endógeno
 2. Continuidad entre el pánico inmediato, factores precipitantes y antecedentes.
 3. Explicación intelectual como parte del establecimiento de la continuidad.
 4. Pánico exógeno: significado inconsciente del suceso externo
 5. Relacione el pánico exógeno con los factores endógenos, haciéndolo egodistónico.
 6. El pánico endógeno como parte de una psicosis incipiente
 7. Esté completamente disponible para el paciente
 8. Proporcione una estructura
 9. Interprete la negación
 10. Utilice catarsis o catarsis mediata
-

CUADRO 12: TIPO DE INTERVENCIÓN SEGÚN LA MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO DE LAZARUS (Lazarus 1992)

Modalidad	Problema	Intervención
B Conducta (Behaviour)	<ul style="list-style-type: none"> * Indecisión * Tendencia a lloriquear o retirarse ante la frustración * Volatilidad y explosividad 	<ul style="list-style-type: none"> * Control de contingencia * Modelado y juego de roles de asertividad * Relajación y adiestramiento en comunicación
A Afecto	<ul style="list-style-type: none"> * Ansiedad * Depresión * Celos 	<ul style="list-style-type: none"> * Relajación, inoculación del estrés * Desempeño imaginario; incremento de actividades reforzadoras * Inundación y reestructuración cognitiva
S Sensación	<ul style="list-style-type: none"> * Tensión (en mandíbula y nuca) * Dolor lumbar 	<ul style="list-style-type: none"> * Entrenamiento en relajación * Ejercicios ortopédicos
I Imaginación	<ul style="list-style-type: none"> * Imágenes de soledad o fracaso 	<ul style="list-style-type: none"> * Diseño de varias respuestas de desempeño
C Cognición	<ul style="list-style-type: none"> * Perfeccionismo, pensamiento negativo, pensamiento dicotómico, autoinculpación 	<ul style="list-style-type: none"> * Reestructuración cognitiva
I Interpersonal	<ul style="list-style-type: none"> * Pasivo-agresivo, no asertivo, con pocos amigos 	<ul style="list-style-type: none"> * habilidades sociales y asertividad
D Fármacos (Drogas)/biología	<ul style="list-style-type: none"> * poco ejercicio, sobrepeso 	<ul style="list-style-type: none"> * Programa de vida sana

CUADRO 13: Factores terapéuticos (Fernández Liria, Hernández Monsalve, Rodríguez Vega, Benito Cano y Mas Hesse 1997)

- 1.- Aprendizaje de nuevas conductas o estrategias de afrontamiento (habilidades sociales, relajación...)
 - 2.- Modificación o corrección de cogniciones acerca del mundo o uno mismo o de mecanismos cognitivos
 - 3.- Reconocimiento o experiencia de emociones
 - 4.- Establecimiento de nexos entre emociones, experiencias internas y circunstancias externas
 - 5.- Experiencia emocional correctora en la relación con el terapeuta (incluye la aceptación empática)
 - 6.- Aprendizaje interpersonal
 - 7.- Sugestión
 - 8.- Modificación del entorno significativo del paciente (incluye reglas, estructuras, pautas disfuncionales...)
-

CUADRO 14: Dimensiones y cambios transformativos en las narrativas. (Sluzki 1992)

TRANSFORMACIONES	
Dimensiones	Cambios
En el tiempo	estático/fluctuante nombres/verbos ahistórico/histórico
En el espacio	no-contextual/contextual
En la causalidad	causa/efecto
En las interacciones	intra/interpersonales intenciones/efectos síntomas/conflictos roles/reglas
En los valores	buena/mala intención sano/enfermo legítimo/ilegítimo
En el contar	pasivo/activo interpretaciones/descripciones incompetencia/competencia

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders. A bio-social model. London: Routledge 1992.
- 2.- Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega, Benito Cano T y Mas Hesse J. Teoría y práctica de la psicoterapia en la atención pública a la salud mental; resultados de un grupo de consenso. (En esta misma publicación)
- 3.- Mahoney MJ. The modern psychotherapy and the future of psychotherapy. En Bongar B, Beutler LE (eds). Comprehensive textbook of psychotherapy. New York: Oxford University Press 1995, 474-488.
- 4.- Zeig JK, Munion WM. What is psychotherapy? Contemporary perspectives. San Francisco: Jossey-Bass, 1990
- 5.- Schneider PB. Propédeutique d'une psychotherapie. Paris: Payot 1976 (Trad cast: Propedéutica de una psicoterapia. Valencia: Nau Llibres 1979)
- 6.- Lindhardt A. La psicoterapia en la formación en psiquiatría. Informe de la Unión Europea de Médicos Especialistas. sección de Psiquiatría. Octubre de 1994. Mimeografiado.
- 7.- Tizón JL. Una propuesta de conceptualización de las técnicas de psicoterapia. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría 1992; 12: 283-294.
- 8.- Eysenck HJ. The effects of psychotherapy: An evaluation. Journal of Consulting Psychology 1952: 16: 319-324.
- 9.- Lambert MJ, Bergin AE. The effectiveness of psychotherapy. En Bergin AE, Garfield SL. Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley, 1994
- 10.- Fernández Liria A. Investigación en psicoterapia (I): el pájaro Dodo en el umbral del siglo XXI. Psiquiatría Pública 1993; 5: 354-362.
- 11.- Fernández Liria A. Investigación en psicoterapia (II): especificidad e integración. Psiquiatría Pública 1994; 6: 3-14.
- 12.- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive treatment of depression: a treatment manual. New York: Guilford. 1979. (Trad cast: Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclée de Bouver, 1983)
- 13.- Klerman GL, Rousanville B, Chevron E, Neu C, Weissman MM. Interpersonal psychotherapy of depression (IPT). New York. Basic Books. 1984.
- 14.- Luborsky L, Singer B, Luborsky L. Comparative studies of psychotherapy. Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? Archives of General Psychiatry 1975; 32: 995-1007.

- 15.- Lázaro Carreter F, Correa Calderón E. *Cómo se comenta un texto literario*, 28ª edición. Madrid: Cátedra, 1990
- 16.- Barthes R. S/Z. Paris: du Seuil 1970 (trad cast S/Z. Madrid: Siglo XXI, 1980)
- 17.- Foucault M. *Naissance de la clinique*. Paris: Press Universitaires de France 1963 (trad cast: *El nacimiento de la clínica*, 3ª edición. Mexico: Siglo XXI 1977)
- 18.- Anderson H, Goolishian HA. Human Systems as linguistic systems: preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process* 1988; 27: 371-391
- 19.- Sluzki CE. Transformations: A bluepoint for narrative changes in therapy. *Family Process* 1992; 217-223 (trad cast. *Transformaciones: una propuesta para cambios narrativos en psicoterapia*. *Revista de psicoterapia* 1995, 22-23: 53-70.
- 20.- Villegas M. La construcción narrativa de la experiencia en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia* 1995; 22-23: 5-20.
- 21.- Lazarus AA, Fay A. Psicoterapia breve ¿Tautología u oxímoron? En Zeig JK y Gilligan SG (eds) *Terapia breve: mitos, métodos y metáforas*. Buenos Aires: Amorrortu 1994. 63-81.
- 22.- Zeig JK and Gilligan SG. *Terapia Breve. Mitos métodos y metáforas*. En Zeig JK y Gilligan SG (eds) *Terapia breve: mitos, métodos y metáforas*. Buenos Aires: Amorrortu 1994. 15-21
- 23.- Sledge WH, Moras K, Hartley D, Levine MA. Effects of time.limited psychotherapy on patient drop-out rates. *Am J Psychiatry* 1990,147,10:1342-7.
- 24.- Malan DH. *Individual psychotherapy and the science of psychotherapy*. London: Butterworths. 1979 (trad cast; *Psicoterapia individual y la ciencia de la psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós 1983)
- 25.- Ryle A. The practice of CAT. En Ryle A (ed) *Cognitive analytic therapy; developments in theory and practice*. Chichester: Wiley 1995
- 26.- Butler G, Low J. Short-term Psychotherapy, en *The Handbook of Psychotherapy*, Clarkson P and Pokorny M, Routledge, NY, 1994, 208-225.
- 27.- Haley J. ¿Por qué no hacemos terapia prolongada?, en Zeig JK y Gilligan SG (eds) *Terapia breve: mitos, métodos y metáforas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1994; 27-44
- 28.- Dobson 1989. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989; 6: 165-170
- 29.- Nietzel MT, Russell RL, Hemmings KA, Gretter ML. Clinical significance of psychotherapy for unipolar depression: a meta-analytic approach to social comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1987; 156-161.

- 30.- Quality Assurance Project. A treatment outline for depressive disorders. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1983; 17: 129-146
- 31.- Robinson LA, Berman JS, Neimeyer RA. Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. Psychological Bulletin 1990; 100: 30-49
- 32.- Steinbrueck SM, Maxwell SE, Howard GS. A meta-analysis of psychotherapy and drug therapy in the treatment of unipolar depression with adults. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1983; 51: 856- 863.
- 33.- Allen, M., Hunter, J.E., Donhue, W.A.. Meta-analysis of self-report data on the affectiveness of public speaking anxiety treatment techniques. Communication Education, 1989; 38, 54-76.
- 34.- Christensen H, Hadzi-Pavlovic D, Andrews G, Mattick R. Behavior therapy and tricyclic medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1987; 55, 701-711.
- 35.- Clum GA. Psychological interventions vs. drugs in the treatment of panic. Behavior Therapy 1989; 20: 429-457.
- 36.- Hyman RB, Felman, RB, Feldman HR, Harris RB, Levin RF, Malloy GB. The effects of relaxation training on clinical symptoms: A meta-analysis. Nursing Research, 1989; 38: 216-220.
- 37.- Jorm AF. Modifiability of trait anxiety and neuroticism: A meta-analysis of the literature. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 1989; 23: 21-29.
- 38.- Mattick RP, Andrews G, Hadzi-Pavlovic, D, Christensen H. Treatment of panic and agoraphobia. The Journal of Nervous and Mental disease, 1990; 178: 567-573.
- 39.- Quality Assurance Project. A treatment outline for agoraphobia. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 1982; 16: 25-33.
- 40.- Quality Assurance Project. Treatment outlines for the management of anxiety states. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 1985; 19: 138-151.
- 41.- Quality Assurance Project. Treatment outlines for the management of obsessive-compulsive disorders. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1985; 19, 240-253.
- 42.- Trull TJ, Nietzel MT, Main A. The use of meta-analysis to assess the clinical significance of behavior therapy for agoraphobia. Behavior Therapy 1988; 19, 527-538.
- 43.- Andrews G, Harvey R. Does psychotherapy benefit neurotic patients: A re-analysis of the Smith, Glass, Miller data. Archives of General Psychiatry 1981; 38: 1203-1208.
- 44.- Andrews G, Guitar B, Howie P. Meta-analysis of the effects of stuttering treatment. Journal

of Speech and Hearing Disorders 1980; 45, 287-307.

45.- Asay TP, Lambert MJ, Christensen ER, Beutler LE. A meta-analysis of mental health treatment outcome. Unpublished manuscript, Brigham Young University, Department of Psychology. 1984. (citado en Lambert y Bergin 1994)

46.- Balestrieri N, Williams P, Wilkinson G. Specialmental Health treatment in general practice: A meta-analysis. *Psychological Medicine* 1988; 18, 717.

47.- Barker S., Funk, SC, Houston BK. Psychological treatment versus nonspecific factors: A meta-analysis of conditions that engender comparable expectations for improvement. *Clinical Psychology Review*, 1988; 8, 579-594.

48.-Benton MK, Schroeder HE. Social skills training with schizophrenics: A meta-analytic evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1990; 58, 741-747.

49.- Blanchard, E.B., Andrasik, F., Ahles, T.A., Teders, S.J.; O'Keefe, D. (1980). Migraine and tension headache: A meta-analytic review. *Behavior Therapy*, 11, 613-631.

50.- Bowers T, Clum G. Relative contributions of specific and nonspecific treatment affects: Meta-analysis of placebo-controlled behavior therapy research. *Psychological Bulletin* 1988; 103: 315-323.

51.- Crits-Christoph P. The efficacy of brief dinamic psychotherapy: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 151-158

52.- Dush DM, Hirt ML, Shroeder HE. Self statement modification with adults: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983; 94, 408-442.

53.- Giblin P, Sprenkle DH, Sheehan R. Enrichment outcome research:A meta-analysis of premarital, marital and family interventions, *Journal of Marital and Family Therapy* 1985; 11, 257-271.

54.- Hahlweg K, Markman HJ. Effectiveness of behavioral marital therapy: Empirical status of behavioral techniques in preventing and alleviating marital distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1988; 56, 440-447.

55.- Hazelrigg. M.D., Cooper, H.M., Borduin, C.M. (1987). Evaluating the effectiveness of family therapies: An integrative review and analysis. *Psychology Bulletin*, 101, 428-442.

56.- Hill KA. Meta-analysis of paradoxical interventions, *Psychotherapy* 1987; 24: 266-270.

57.- Holroyd KA. Pharmacological versus non-pharmacological prophylaxis of recurrent migraine headache: A meta-analytic review of clinical trials, *Pain* 1990; 42: 1-13.

58.- Laessle RG, Zoetle C, Pirke KM. Meta-analysis of treatment studies for bulimia. *International Journal of Eating Disorders* 1987; 6: 647-653.

- 59.- Landman, J.T., Dawes, R.M. Smith and Glass conclusions stand up under scrutiny. *American Psychologist*, 1982; 37, 504-516.
- 60.- Lyons LC, Woods PJ. The efficacy of rational-emotive therapy: A quantitative review of the outcome research. *Clinical Psychology Review* 1991; 11, 357-369.
- 61.- Markus E, Lange A, Pettigrew TF. Effectiveness of family therapy: A meta-analysis. *Journal of Family Therapy* 1990; 12: 205-221.
- 62.- Miller RC, Berman JS. The efficacy of cognition behavior therapies: A quantitative review of the research evidence. *Psychological Bulletin*, 1983; 94, 39-53.
- 63.- Nicholson RA, Berman JS. Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy? *Psychological Bulletin* 1983; 93, 261-278.
- 64.- Prout, H.T., De Martino, R.A. (1986). A meta-analysis of school-based studies of psychotherapy. *Journal of School Psychology*, 24: 285-292.
- 65.- Quality Assurance Project. Treatment outlines for the management of schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1984; 18: 19-38
- 66.- Shapiro DA, Shapiro D. Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 1982; 92: 581-604.
- 67.- Shoham-Salomon V, Rosenthal T. Paradoxical interventions: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1987; 55, 22-28.
- 68.- Smit ML, Glass GV, Miller TI. *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. 1980
- 69.- Svarberg M, Stiles TC. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991; 59, 704-714.
- 70.- Wampler KS. Bringing the review of literature into the age of quantification: Meta-analysis as a strategy for integrating research findings in family studies. *Journal of Marriage and the Family* 1982 44, 1009-1023.
- 71.- Weisz JR, Weiss B, Alicke MD, Klotz ML. Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1987; 55, 542-549.
- 72.- Balint E, Norell R (comp). *Six minutes for the patient; interactions in general practice consultation*. London: Tavistock Publications, 1973 (Trad cast: *Seis minutos para el paciente*. Buenos Aires: PAIDOS. 1979)
- 73.- Balint M, Balint E. *Psychotherapeutic techniques in medicine*. London: Tavistock

Publication, 1961 (Trad cast: Técnicas psicoterapéuticas en medicina. México: Siglo XXI, 1961)

74.- Balint M, Ornstein PH, Balint E. Focal Psychotherapy. London: Tavistock, 1972 (Trad cast: Psicoterapia focal. Buenos Aires: GEDISA, 1985)

75.- Castelnuovo-Tedesco P. The twenty-minute hour. A guide to brief psychotherapy for the physician. Washington: American Psychiatric Press, 1965.

76.- Bellak L, Small L. Emergency psychotherapy and brief psychotherapy. New York: Grune & Stratton, 1965 (trad cast: Psicoterapia breve y de emergencia. México: Pax-México, 1970)

77.- Bellak L, Siegel H. Handbook of intensive, brief and emergency psychotherapy (B.E.P.) New York: CPS Inc, 1983 (Trad cast: Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. México: Manual Moderno, 1986)

78.- Davanloo H (ed). Short-term dynamic psychotherapy. New York: Jason Aaronson, 1980.

79.- Davanloo H: Unlocking the unconscious. John Willey & Sons. Chichester. 1990. (Trad cast: Psicoterapia breve. Madrid: DOR,S.L. 1992)

80.- Horowitz MJ: Stress response syndromes. New York: Jason Aaronson, 1976.

81.- Horowitz MJ: Introduction to psychodynamics, a new synthesis. London: Routledge, 1988.

82.- Horowitz MJ, Marmor C, Krupnick J et al: Personality styles and brief psychotherapy. New York: Basic Books, 1984.

83.- Luborsky L. Principles of psychoanalytic psychotherapy; a manual for supportive-expressive treatment. New York: Basic Books, 1984

84.- Mann J, Goldman R: A casebook in time-limited psychotherapy. Washington: American Psychiatric Press. 1982.

85.- Mann J: Time-limited psychotherapy. Mass: Harvard University Press, 1973.

86.- Sifneos PE: Short-Term anxiety-provoking psychotherapy. New York: Plenum, 1987

87.- Sifneos PE: Short-Term anxiety-provoking psychotherapy. A treatment manual New York: Basic Books 1992 (trad cast: Psicoterapia breve con provocación de angustia; manual de tratamiento. Buenos Aires: Amorrortu.

88.- Strupp HH, Binder JL. Psychotherapy in a new key. New York: Basic Books 1989 (Trad cast: Una nueva perspectiva en psicoterapia. Bilbao: Desclée de Brouwer 1993)

89.- Binder JL, Strupp HH. The Vanderbilt approach to time limited psychotherapy. En Crits-Christoph P, Barber JP. Handbook of short-term dynamic psychotherapy. New York: Basic Books 1991; 137-165

- 90.- Luborsky L, Crits-Christoph P. Measures of psychoanalytic concepts; last decade of research from "The Penn Studies". *Int J Psycho-anal*, 1988; 69: 75-86
- 91.- Luborsky L, Crits-Christoph P, Mintz J, Auerbach A. Who will benefit from psychotherapy. New York: Basic Books, 1988.
- 92.- Luborsky L, Mark D. Short-Term Supportive-Expressive Psychoanalytical Psychotherapy. En Crits Christoph P, Barber JP. *Handbook of short-term dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books 1991, 110-136
- 93.- Fried D, Crits Christoph P, Luborsky L. The first empirical demonstration of transference in psychotherapy. *J Nerv Ment Dis* 1992; 180: 326-331.
- 94.- Demos VC, Prout MF. A comparison of seven approaches to brief psychotherapy. *International Journal of Short-Term Psychotherapy* 1993; 8: 3-22.
- 95.- Crits- Christoph P, Barber JP. *Handbook of short- term dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books 1991
- 96.- MacKenzie KR. Recent developments in brief psychotherapy. *Hospital and Community Psychiatry* 1988; 39: 742-752.
- 97.- Ursano RJ, Hales RE. A review of brief individual psychotherapies. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 1507-1517.
- 98.- Budman SH, Stone J. Advances in brief psychotherapy. A review of recent literature. *Hosp Community Psychiatry* 1983; 34: 939-946.
- 99.- Howard KI, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE. The dose-effect relationship in psychotherapy. *Am Psychol* 1986; 41: 159-164.
- 100.- Crits-Christoph P. Long-term effects of behavioral treatment of chronic headache. *Behavior Therapy* 1992; 18: 375-385.
- 101.- Koss MP, Butcher JN. Research on brief psychotherapy. En: Gardfield SL, Bergin AE, eds. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley. 1986; 627-670.
- 102.- Hoglend P, Sorlie T, Sorbye O, Heyerdahl O, Amio S. Long-term changes after brief dynamic psychotherapy: Symptomathic versus dynamic assessments. *Acta Psychiatr Scand*, 1992; 86: 165-172.
- 103.- Sperry L, Gudeman JE, Blackwell B, Faulkner LR. *Psychiatric case formulations*. Washington: American Psychiatric Press, 1992.
- 104.- Emmelkamp PMG. Behavior therapy with adults. en Garfield SL, Bergin AE: *Handbook of psychotherapy and behavioral change IIIrd edition*. New York: John Wiley & Sons. 1986.

- 105.- Emmelkamp PMG. Behavior therapy with adults. en Garfield SL, Bergin AE: Handbook of psychotherapy and behavioral change IVth edition. New York: John Wiley & Sons. 1994.
- 106.- Hollon SD, Beck AT. Cognitive and cognitive-behavioral therapies. en Gardfield SL, Bergin AE. Handbook of Psychotherapy and behavior change IIIrd Edition. New York: John Wiley. 443-481.
- 107.- Ellis A. The essence of rational psychotherapy: A cohomprensive approach to treatment. New York: Institute for rational living. 1970.
- 108.- Goldfried MR, DeCanteceo ET, Weinberg L. Systemathic rational reestructuring as a self control technique. Behavior Therapy 1974; 5: 247-154.
- 109.- Meichenbaum D. Cognitive-behavior modification. New York: Plenum, 1977.
- 110.- Coyne JC. A critique of cognitions as causal entities with particular reference to depression. Cognitive Technique and Research 1982; 6: 3-13
- 111.- Coyne JC, Gotlib I. The role of cognition in depression. A critical appraisal. Psychological Bulletin 1983; 94: 472-505.
- 112.- Eaves G, Rush AJ. Cognitive patterns in symptomatic and remitted unipolar depression. Journal of abnormal Psychology 1984; 96: 31-40
- 113.- Firth J, Brevin CR. Attributions and recovery from depression: A preliminary study using cross-lagged correlation analysis. British Journal of Clinical Psychology 1982; 21: 229-230.
- 114.- Gotlib IH, Cane DB. Construct accesibility and clinical depression: A longitudinal investigation. Journal of Abnormal Psychology 1987; 96: 34-40.
- 115.- Persons JB, Rao PA. Longitudinal study of cognitions, life events, and depression in psychiatric inpatients. Journal of Abnormal Psychology 1985; 94: 51-63.
- 116.- Riskind J, Rholes W. Cognitive accesibility and the capacity of cognitios to predict future depression: A theoretical note. Cognitive Therapy and research 1984; 8: 1-12.
- 117.- Silverman JS, Silverman JA, Eardley DA. Do maladaptative attituudes cause depression? Arch Gen Psychiatry 1984; 41: 28-30.
- 118.- Simons AD, Gardfield SL, Murphy GE. The process of change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Arch Gen Psychiatry 1984; 41: 45-51.
- 119.- Haaga DA, Beck AT. Perspectiva constructivista del realismo depresivo: implicaciones para la teoría y terapia cognitivas. Revista de Psicoterapia 1993; 13: 29-40
- 120.- Barsky AJ, Geringer E, Wool CA. A cognitive-educational training for hypochondriasis. Gen Hosp Psychiatry 1988; 10: 322-327.

- 121.- Warwick HMC, SalKovskis PM. Hypochondriasis. Behavior research and therapy 1990; 28: 105-117.
- 122.- Hollon SD, Beck AT. Cognitive and cognitive behavioral therapies. En Bergin AE, Garfiel SL. Handbook of psychotherapy and behavior change, IVth Edition. New York: Wyley 1994; 428-466.
- 123.- Linehan MM, , Tuteck DA, Heard HL Armstrong HE. Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal patients. Am J Psychiatry 1994; 151: 1771-1776.
- 124.- Green MF. Cognitive remediation in schizophrenia: is it time yet?. Am J Psychiatry 1993; 150: 178-187.
- 125.- Wolfe BE. Introduction to the Special Issue: Cognitive Science and Psychotherapy. Journal of Psychotherapy integration 1994; 4: 285-290
- 126.- Westen D. Implications of cognitive science for psychotherapy: promises and limitations. Journal of Psychotherapy integration 1994; 4: 387-400
- 127.- Coyne JC. Possible contribution of "cognitive science" to the integration of psychotherapy. Journal of Psychotherapy integration 1994; 4: 401-416
- 128.- Mahoney MJ. Cognitive psychology and contemporary psychotherapy: the self as a organizing theme. Journal of Psychotherapy Integration 1994; 4: 417-424
- 129.- Sechrest L, Smith B. Psychotherapy is the practice of psychology. Journal of Psychotherapy Integration 1994; 4: 1-30.
- 130.- Stricker G. Psychotherapy, Psychology and Science. Journal of Psychotherapy Integration 1994; 4: 31-38
- 131.- Davison GC. Issues in psychotherapy as the practice of psychology. Journal of Psychotherapy Integration 1994; 4: 39-46
- 132.- Elliot R. Alternative prescriptions for integrating psychotherapy with psychology. Journal of Psychotherapy Integration 1994; 4: 47-54
- 133.- Ruesch J, Bateson G. Communication: the social matrix of psychiatry. New York: Norton, 1951 (Comunicación: la matriz social de la psiquiatría. Buenos Aires: Paidos 1965)
- 134.- Slovic, LS, Griffith JL. The current face of family therapy, en Rutan JS. Psychotherapy for the 1990s, New York: Guildford Press, 1992
- 135.- Hoffman L. Constructing realities: An ars of lenses. Fam Process 1990; 29: 2-12.
- 136.- Haley J, Hofmann L. Techniques of family therapy. New York. Basic Books. 1968.

- 137.- Minuchin S. Families & family therapy. Harward: The President and Fellows, 1974 (Trad cast: Familias y terapia familiar. Gedisa)
- 138.- Selvini M, Boscolo L, Cecchin G, Pratta G. Paradosso e contrapadosso. Milano: Feltrinelli. 1974 (trad cast: Paradoja y contrapadoja. Barcelona: Paidos 1988)
- 139.- Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland JH. Toward a theory of schizophrenia. Behavioral Science 1956; 1: 251-264. (trad cast: Hacia una teoría de la esquizofrenia. En Bateson G, Ferreira AJ, Jackson DD, Lidz T, Weakland J, Wynne LC, Zuk G. Interacción familiar. Buenos Aires: Tiempo contemporáneo, 1971, 19-56)
- 140.- Elkin I. The NIMH treatment of depression collaborative research program: where we began and where we are. En Bergin AE, Garfield SL. Handbook of psychotherapy and behavior change (IV edition). New York: Wiley 1994.
- 141.- Frank E, Kupfer DI, Perel JM. Early recurrence in unipolar depression. Arch Gen Psychiatry. 1989; 46: 771--775.
- 142.- Frank E, Kupfer DJ, Wagner EF, McEachran AB, Cornes C. Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression. Contributing factors. Arch Gen Psychiatry 1991; 48: 1053-1059.
- 143.- Frank E, Kupfer DI, Perel JM, Cornes CL, Jarrett DJ, Mallinger A, Thase ME, McEachran AB, Grochoncinsky VJ. Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. Arch Gen Psychiatry. 1990; 47: 1093-1099.
- 144.- Klerman GL, Weisman MM (eds). New applications of interpersonal psychotherapy. Washington, American Psychiatric Press, 1993.
- 145.- Fernández Liria A, Rodríguez Vega B, Dieguez Porres M, Morales Hevia N y González Suárez N. La terapia interpersonal de la depresión y las psicoterapias en el fin del milenio. En prensa
- 146.- Beitman BD, Klerman GL (Eds). Integrating pharmacotherapy and psychotherapy. Washington: American Psychiatric Press 1991
- 147.- Dieguez Porres M, Morales Hevia N, González Suarez N. Terapia interpersonal de la depresión: un modelo de psicoterapia para el sector público. En este mismo volumen
- 148.- London P. Metamorphosis in psychotherapy: slouching toward integration. Journal of integrative and eclectic psychotherapy 1988; 7: 3-12.
- 149.- Kelly EL. Clinical psychology 1960; report of survey findings. Newsletter .Division of clinical psychology. 1961; Winter 1-11.
- 150.- Garfield SL, Kurtz R. Clinical psychologist in the 1970's. American Psychologist 1976; 31:

1-9.

151.- Garfield SL, Kurtz R. A study of the eclectic views. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1977; 445: 78-83.

152.- Norcross JC, Prochaska JO, Gallagher KM Clinical Psychologist in the 1980s: I. Demographics, affiliations and satisfactions. *Clinical Psychologist* 1989; 42: 138-147

153.- Beitman DB, Goldfried MR, Norcross JC. The movement toward integrating the psychotherapies: an overview. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 138-146.

154.- Norcross JC, Arkowitz H. the evolution and current status of psychotherapy integration. In Dryden W. *Integrative and eclectic therapy. A handbook.* Buckingham: Plenum, 1992.

155.- Beitman BD. *The structure of individual psychotherapy.* New York: Guilford Press, 1987.

156.- Beutler LE. *Eclectic psychotherapy: A systematic approach.* New York: Pergamon 1983.

157.- Garfield SL. *The practice of brief psychotherapy.* New York. Pergamon Press, 1989.

158.- Bergin AE, Garfield SL. *Handbook of psychotherapy and behavior change.* New York: Wiley 1994.

159.- Goldfried MR (ed). *Converging themes in the practice of psychotherapy.* New York: Springer. 1982.

160.- Lazarus AA. *The practice of multimodal therapy: systematic, comprehensive and effective psychotherapy.* New York: Mc-Graw Hill, 1981

161.- Malugani M. *Le psicoterapie brevi.* Roma: Città Nuova. 1987 (Trad cast: *Las psicoterapias breves.* Madrid: Herder, 1990)

162.- Marmor J, Woods SM. *The interface between the psychodynamic and behavioral therapies.* New York: Plenum 1980.

163.- Norcross JC (ed). *Handbook of eclectic psychotherapy.* New York: Bruner/Mazel, 1986.

164.- Norcross JC y Goldfried MR. *Handbook of psychotherapy integration.* New York: Basic Books, 1992.

165.- Prochaska JO. *Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis.* Homewood, Ill: Dorsey, 1984.

166.- Prochaska JO, Di Clemente CC. *The transtheoretical approach: crossing the traditional boundaries of therapy.* Homewood: Dow Jones-Irwin 1984.

167.- Karasu TB. *Wisdom in the practice of psychotherapy.* New York: Basic Books 1992.

- 168.- Wachtel PL. Therapeutic Communication; principles and effective practice. New York: Guilford 1993
- 169.- Budman SH, Gurman AS. Theory and practice of brief therapy. New York: Guildford, 1988
- 170.- Birk L, Brinkey-Birk A. Psychoanalysis and behavior therapy. Am J Psychiatry 1974; 131: 499-510.
- 171.- Marmor J. Dinamic psychotherapy and behavior therapy. Are they irreconciliable? Archives of General Psychiatry 1971; 24: 22-28.
- 172.- Marmor J. The future of psychodynamic therapy. Am J Psychiatry 1973; 130: 1197-1202.
- 173.- Wachtel PL Psychoanalysis and behaviour therapy; towards an integration. New York: Basic Books, 1977
- 174.- Lazarus AA. Different types of eclecticism and integration: let's be aware of the dangers. Journal of Psychotherapy integration 1995; 5: 27-39
- 175.- Lazarus AA. The practice of multimodal therapy. Baltimore: Johns Hospkins University Press 1989
- 176.- Beutler LE, Clarkin JF. Systematic treatment selection: toward targeted therapeutic interventions. New York: Brunnel/Mazzel 1990
- 177.- Beutler LE, Consoli AJ. Systematic Eclectic Psychotherapy. En Norcross JC y Goldfried MR. Psychotherapy integration. New York: Basic Books 1992. 264-299.
- 178.- Beutler LE, MohrDC, Grawe K, Engle D, McDonald R. Looking for differential treatment effects: cross-cultural predictors of differential therapeutic efficacy. Journal of Psychotherapy Integration 1991; 1: 121-142.
- 179.- Fiedler FE. The concept of the ideal therapeutic relationship. Journal of consulting Psychology 1950; 14: 239-245.
- 180.- Fiedler FE. Comparisons of therapeutic relationships in psychoanalytic, nondirective, and Alderian therapy. Journal of Consulting Psychology 1950; 14: 436-445
- 181.- Frank JD. Persuasion and Healing. Baltimore: John Hopkins University Press, 1961.
- 182.-Frank JD. Therapeutics factors in psychotherapy. Am J Psychiatry 1971; 25: 350-361.
- 183.- Frank JD. Persuasion and healing (2nd edition). Baltimore: John Hopkins University Press. 1973.
- 184.- Frank JD. Therapeutic components shared by all psychotherapies. In Harvey JH, Parks MM (eds). Psychotherapy research and behavior change (Vol 1): The master lecture series. Whashington: American Psychological Association. 1982: 5-37.(trad cast: Elementos terapéuticos

compartidos por todas las psicoterapias. En Mahoney MJ, Freeman A. *Cognición y psicoterapia*. Barcelona: Paidós 1988)

185.- Prochaska JO. The transtheoretical approach, in Norcross JC (ed). *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunel/Mazel, 1986.

186.- Prochaska JO, Rossi JS, Wilcox NS, Change processes and psychotherapy outcome in integrative case research. *Journal of Psychotherapy Integration* 1991; 1: 103-120.

187.- Prochaska JO, DiClemente CC. The transteoretical approach. En Norcross JC y Goldfried MR. *Psychotherapy integration*. New York: Basic Books 1992. 330-334.

188.- French TM. Interrelations between psychoanalysis and the experimental work of Pavlov. *Am J Psychiatry* 1933; 89: 1165-1203.

189.- Alexander F. The dynamics of psychotherapy in light of learning theory. *Am J Psychiatry* 1963; 120: 440-448.

190.- Dollard J, Miller NE. *Personality and psychotherapy*. New York: McGraw-Hill, 1950 (trad cast: *Personalidad y psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer 1977)

191.- Wachtel PL. Integrative psychodynamic therapy. En Linn SJ, Garske JP (eds): *Contemporary Psychotherapies*. Columbus: Merrill 1985; 287-329. (Trad cast *Psicoterapias contemporaneas*. Bilbao: Desclee de Brouwer 1988 363-416)

192.- Wachtel PL. *Action and insight*. New York: Guilford, 1987

193.- Ryle A. *Cognitive-analytic therapy: active participation in change: a new integration in brief psychotherapy*. Chichester; John Wiley. 1990.

194.- Ryle A (ed) *Cognitive analytic therapy; developments in theory and practice*. Chichester: Wiley 1995

195.- Ryle A, Cowmeadow P. *Cognitive-analytic therapy*. in Dryden W (ed) *Integrative and eclectic therapy: a handbook*. Buckingham: Open University Press, 1992.

196.- Mirapeix C. Una concepción integradora de la psicoterapia: mas allá del dogmatismo de escuela. *Psiquis* 1993; 14: 95-111.

197.- Espina JA, Vazquez V. Protocolo para el diagnóstico y tratamiento de la depresión en atención primaria. *Psiquiatría Pública* 1994; 6: 191-198.

198.- Beitman BD, Hall MJ, Woodward B. Integrating pharmacotherapy and psychotherapy. En Norcross JC, Goldfried MR (Eds). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books 1992.

199.- Luborsky L, DeRubies RJ. The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research stile. *Clinical Psychology Review* 1984; 4: 5-14.

- 200.- Luborsky L, Chandler M, Auerbach AH, Cohen J, Bachrach HM. Factors influencing the outcome of psychotherapy: a review of quantitative research. *Psychological Bulletin*. 1971; 75: 145-185.
- 201.- Ellis A, Abrahams E. Brief psychotherapy in medical and health practice. New York: Springer 1978 (trad cast. Terapia racional emotiva. Mexico: Pax 1980)
- 202.- Skinner BF. Science and human behavior. New York: Macmillan, 1953 (trad cast Ciencia y conducta humana. Barcelona: Fontanella, 1970.
- 203.- Wolpe J. Psychotherapy by reciprocal inhibition. Standford: Standford University Press, 1958 (trad cas: Psicoterapia por inhibición recíproca. Bilbao: Desclee de Brouwer 1975
- 204.- Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs (New Jersey): Prentice Hall, 1977 (Trad cast: Teoría del aprendizaje social. Madrid: Espasa-Calpe 1982)
- 205.- Watzlawick P, Weakland, JH, Fisch R. Cambio. Ed. Herder, Barcelona, 1982, 21-33.
- 206.- Segal L. Brief therapy: The MRI Approach, en Gurman AS y Kniskern, Handbook of Family Therapy, New York: Brunner-Mazel, 1991, 171-200.
- 207.- Selvini, M. "The anorectic process in the family: a six stage model as a guide for individual therapy". *Fam Proc*, 1988; 27: 129-148.
- 208.- Selvini, M., Boscolo, L., Cechin, G.f., Prata, G. "Hypothesizing, circularity, Neutrality: Three guidelines for the conductor of the session". *Family Process*, 1980, 19, 1.
- 209.- Selvini-Palazzoli, M, Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. Invención de la prescripción invariable. En *Los Juegos Psicóticos en la Familia*, ed. Paidós, 1º ed. española, 1990, 32-51
- 210.- Selvini-Palazzoli, M, Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. Coordinación de las sesiones y proceso terapéutico, En *Los Juegos Psicóticos en la Familia*, ed. Paidós, 1º ed. española, 1990, 213-233
- 211.- Viaro, M. "Session-intersession sequences in the treatment of chronic anorexic-bulimic patients: Following the model of "family games". *Family Process*, 1990; 29 289-296
- 212.- Yalom ID. Existential psychotherapy. New York: Basic Books 1980 (Trad cast. Psicoterapia existencial. Barcelona: Herder 1984)
- 213.- Lazarus AA. Multimodal Therapy: Technical eclecticism with minimal integration. En Norcross JC y Goldfried MR. Psychotherapy integration. New York: Basic Books 1992. 231-263
- 214.- Wachtel PL. Ciclical Psychodynamics and Integrative Psychodynamic Therapy. En Norcross JC y Goldfried MR. Psychotherapy integration. New York: Basic Books 1992. 335-370

- 215.- Garfield SL. Psychotherapy: an eclectic approach. New York: John Wiley & Sons, 1980.
- 216.- Kazdin AE. The evaluation of psychotherapy: research design and methodology. En Garfield SL, Bergin AE. Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley 1986; 23-68
- 217.- Hollon SD, DeRubies RJ, Evans MD. Causal mediation of change in treatment for depression: discriminating between nonspecificity and noncausality. Psychol Bull 1987; 192: 139-149.
- 218.- Fairburn CG. Interpersonal Psychotherapy for bulimia nervosa. En Klerman GL, Weissman MM. New applications of interpersonal psychotherapy. Washington: American Psychiatric Press 1993, 353-378
- 219.-Alexander F, French TM. Psychoanalytic therapy: principles and applications. New York: Ronald Press 1946
- 220.- Yalom ID. The theory and practice of group psychotherapy. 2nd Edition. New York. Basic Books 1975 (Trad cast. teoría y práctica de la psicoterapia de grupo. Mexico: Fondo de Cultura Económica 1986)
- 221.- Raskin NJ. Client-centered therapy. En Linn SJ, Garske JP (eds): Contemporary Psychotherapies. Columbus: Merrill 1985. (Trad cast Psicoterapias contemporaneas. Bilbao: Desclee de Brouwer 1988: 203-246)
- 222.- Vinogradov S, Yalom ID. A conciser guide to group psychotherapy. Washington: American Psychiatric Press, 1989.
- 223.- Yalom ID. The theory and practice of group psychotherapy. 3rd Edition. New York. Basic Books 1985
- 224.- White M, Epston D. Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Paidós, 1993
- 225.- Linares JL. Identidad y narrativa. Barcelona: Paidós, 1996
- 226.- Friedman S. The new language of change. New York: Guilford Press, 1993.
- 227.- Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books 19 (trad cast. Principios de psiquiatría preventiva. Buenos Aires: Paidós. 1964
- 228.- Strupp HH and Howard KI. A brief History of psychotherapy research. in Freedheim DK. History of Psychotherapy. A century of change. American Psychological Association, 309-334, 1992
- 229.- Lambert MJ and Bergin AE. Achievements and limitations of psychotherapy research. in Freedheim DK. History of Psychotherapy. A century of change. American Psychological Association 1992, 360-389
- 229.- Lambert MJ and Bergin AE. Achievements and limitations of psychotherapy research. in Freedheim DK. History of Psychotherapy. A century of change. American Psychological Association 1992, 360-389

Association 1992, 360-389

230.- Nardone G, Watzlawick P. El arte del cambio. Barcelona: Herder, 1995.

231.- Wittezaele JJ, García T. La escuela de Palo Alto. Barcelona: Herder, 1994.

232.- Bennet MJ. Is psychotherapy ever medically necessary? *Psychiatric Services* 1996; 47: 966-970.

233.- Borenstein DB. Does managed care permit appropriate use of psychotherapy? *Psychiatric Services* 1996; 47: 971-974.