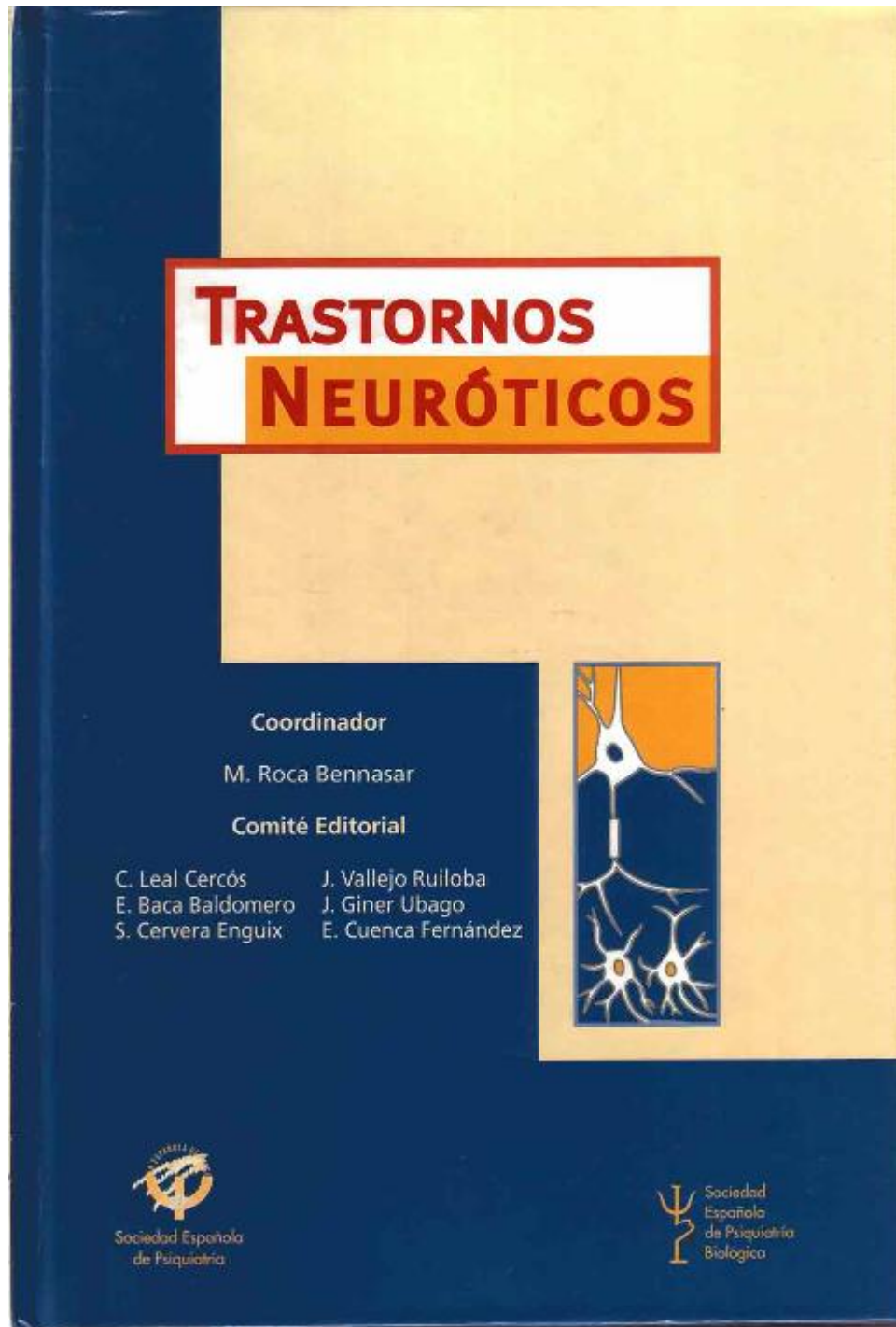


PUBLICADO COMO:

Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Tratamientos en las neurosis. En Roca Bennasar M. Trastornos neuróticos. Barcelona: Ars Médica, 2002: 789-821. Barcelona: Psiquiatría Ediciones, 2002: 789-821

ISBN: 84-9706-028-8



PSICOTERAPIA DE LOS TRASTORNOS NEURÓTICOS

Alberto Fernández Liria

Psiquiatra

Coordinador de Salud Mental del Área 3 de Madrid

Hospital Príncipe de Asturias

Universidad de Alcalá

Beatriz Rodríguez Vega

Psiquiatra

Hospital La Paz

Centro de Salud Mental de Alcobendas

Universidad Autónoma de Madrid

DIRECCIÓN DE CONTACTO

Fernán González 79, 6º C

28009 MADRID

afliria@arrakis.es

INTRODUCCIÓN

La eliminación del concepto de neurosis y de sus derivados de las clasificaciones de consenso se produce en un momento muy preciso de la historia de la psiquiatría y no puede entenderse como un hecho aislado. La constelación de fenómenos de la que esta eliminación forma parte ha sido analizada en otros capítulos de esta obra. Aquí nos referiremos sólo a dos de ellos.

Las referencias a la psicoterapia en las publicaciones periódicas de prestigio, en los textos de psiquiatría, en las reuniones científicas y en los programas de formación de los psiquiatras – con alguna señalada excepción - se redujeron hasta casi desaparecer en los años ochenta. (1)

La fascinación producida en la comunidad profesional por los avances en el desarrollo de tratamientos farmacológicos y en el conocimiento del sistema nervioso central, llevaron a sus más destacados miembros a intentar procurarse una identidad más próxima a la de los neurobiólogos y a intentar distanciarse de las tradicionales raíces de la disciplina en la psicología normal y en la psicopatología. La psicoterapia pasó, en esos años, a ser contemplada como una práctica sospechosa de falta de fundamento, que, en todo caso, podría ser encomendada a profesionales *auxiliares* y no como una seña fundamental de identidad de la Psiquiatría.

Esta visión reduccionista de la Psiquiatría imperó durante los años ochenta y, aunque en los noventa se ha producido una toma de conciencia por parte del colectivo profesional de las consecuencias del mismo, que se ha traducido en un incremento del interés por la psicopatología y por los procedimientos psicológicos de intervención sobre los trastornos mentales, lastra sobre todo las versiones más americanas de la disciplina (2).

CONCEPTOS BÁSICOS

El término *psicoterapia* se utiliza hoy en muy diversas acepciones. Aquí nos atendremos a la definición propuesta en 1997 por un grupo de consenso formado por psicoterapeutas con práctica en la sanidad pública de Madrid (3). Según este grupo, la psicoterapia es:

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 otras experiencias mas o menos interesantes

Este grupo (3) 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,

* 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

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.***

La psicoterapia ha sido a lo largo de su historia, sobre todo, la psicoterapia de los trastornos neuróticos. De hecho, buena parte de sus desarrollos más brillantes se han producido de la mano de una consideración del constructo de neurosis o de trastornos neuróticos y se entienden o explican mal desde la fragmentación de la psicopatología que proponen las clasificaciones llamadas *ateóricas* como el DSM o la CIE que, además, no son útiles para guiar las intervenciones psicoterapéuticas.

En psicoterapia, como en todo, hablar del futuro implica recurrir a la historia. Al menos a aquellos hitos de la historia de la psicoterapia que son determinantes de las tendencias actuales en el modo de hacerla y pensarla. Vamos a referirnos a tres. Como hemos señalado en otras ocasiones (4), es llamativo que las tres, tienen forma de veredicto.

EL VEREDICTO DE EYSENCK: LA EFECTIVIDAD DE LA PSICOTERAPIA

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 (1952) (5) la psicoterapia era una práctica extendida y prestigiada por cuyo liderazgo competían diversas escuelas pero **no existían pruebas serias de que fuera eficaz** (En realidad Eysenck concluía algo aún peor: que la evidencia existente apuntaba a que la psicoterapia era menos eficaz que la

el cliente no puede dejar de fumar aunque conozca los peligros y quiera hacerlo. Lo mismo será aplicable en

permanencia en lista de espera y que, de algún modo, impedía la remisión espontánea de los trastornos neuróticos; pero el fundamento de esta conclusión fue pronta y justamente discutido junto con la metodología del estudio que dio lugar a él). Una de las reacciones 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 (6-8). Hoy, al inicio del siglo XXI, la efectividad general de las psicoterapias tanto frente a la ausencia de tratamiento como frente a placebo, parece fuera de duda. Lambert y Bergin (8) revisaron los resultados de los estudios meta-analíticos¹ realizados sobre el efecto de la psicoterapia sobre diversos trastornos poniendo de manifiesto que su magnitud de efecto es semejante a la de otros tratamientos utilizados en medicina (**cuadros 1, 2 y 3**).

Hoy, se considera que las intervenciones psicoterapéuticas o psicosociales en general, constituyen (en combinación o no con tratamientos medicamentosos) el tratamiento de primera elección de una gran parte de los trastornos mentales (de la agorafobia y otros trastornos fóbicos a las obsesiones, pasando por los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos subsecuentes al estrés traumático, los trastornos de la personalidad o la patología psicosomática) y son un elemento coadyuvante imprescindible en el tratamiento de casi todos ellos.

La efectividad demostrada por la psicoterapia no es la que sería deseable. Pero no lo es para ninguno de los modos de tratamiento de que disponemos en psiquiatría. En un editorial del *Current Opinion in Psychiatry*, Rush (9), nos recordaba 1) que la tasa de

el caso de un consejero matrimonial.

¹La 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,

respuesta de los trastornos depresivos a los fármacos antidepresivos es de un exiguo 50%, 2) que, además, *respuesta* (disminución estadísticamente significativa de la puntuación, por ejemplo, en la escala de Hamilton) no es sinónimo de *remisión* y que lo que tiene relevancia clínica es la remisión, esto es la desaparición de los síntomas que configuran el diagnóstico. La mayor parte de los trabajos sobre efectividad de los psicofármacos no proporcionan datos sobre la tasa de remisión y la podemos extraer de los escasísimos que sí los proporcionan se sitúa en torno al 25%. Si consideramos que la *remisión sintomática* suele preceder a la *recuperación* del funcionamiento previo en las esferas laboral, social y familiar la perspectiva aún empeora. La necesaria prudencia en la consideración de la eficacia de la psicoterapia es, por tanto la misma (ni más ni menos) que la que debemos aplicar a los tratamientos *en general*.

La inicial reticencia de los psicoterapeutas (sobre todo de los de orientación psicodinámica) a someter su trabajo a una evaluación de eficacia es hoy insostenible. El problema, hoy, se ha desplazado a cuáles pueden ser los procedimientos para medir tal eficacia y a los de medida de la efectividad (esto es la eficacia en las condiciones clínicas estándar de aplicación y no en las condiciones artificiales de la investigación). La primera dificultad mas que los indicadores de resultado (que no son ni mejores ni peores para medir los de la psicoterapia que los de los tratamientos farmacológicos) está en los procedimientos para seleccionar y aleatorizar las muestras, ya que parece haber un acuerdo casi unánime en que las categorías diagnósticas de sistemas como el DSM o la CIE no son adecuados para seleccionar intervenciones psicoterapéuticas. Volveremos sobre este tema al ocuparnos de los *tratamientos empíricamente validados*.

dividida por la desviación estandar (del grupo control o de ambos grupos considerados en conjunto). Esto permite el manejo estadístico de los resultados (6).

EL VEREDICTO DEL *PÁJARO DODO*: LA EFICACIA RELATIVA DE LAS DIFERENTES PSICOTERAPIAS

Si la investigación realizada desde la formulación del veredicto de Eysenck hasta 1980 y en la década posterior tuvo éxito en la demostración de las psicoterapias en general para el tratamiento de los trastornos mentales en general y de algunos cuadros clínicos en particular no fue capaz de satisfacer lo que constituía uno de los estímulos para la investigación para muchos investigadores adscritos a diferentes escuelas de psicoterapia: demostrar la superioridad de las intervenciones basadas en una determinada teoría (que podría así ser considerada como mas correcta o mas acertada que el resto para explicar los trastornos mentales y su tratamiento) sobre las basadas en las demás.

Esta incapacidad dio lugar a la formulación del segundo de los jalones a los que hacíamos referencia, marcado por lo que Lester Luborski (10) bautizó como veredicto del *pájaro Dodo*² 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. Nos referiremos a ellas como **especificidad** e **integración**.

Propuestas específicas

Una de las consecuencias del *veredicto del pájaro Dodo* han sido los intentos de buscar formas incontaminadas de cada una de las terapias propuestas procurando la acción de

² 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" (10)

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. En el campo de la investigación la manualización ha permitido avances notables y ha dado lugar a anécdotas interesantes como la del *descubrimiento* por parte de Fairburn de la *terapia interpersonal de la bulimia nerviosa* cuando estaba tratando de formalizar un placebo para demostrar la eficacia de la *terapia cognitivo conductual* que el mismo practicaba³ (12-14)

Respecto a lo que aquí nos interesa, la **manualización** ha tenido ya una repercusión importante sobre sistemas de dispensación de servicios muy volcados en la consideración de los costes como el norteamericano. Y, sin duda, lo tendrá en el nuestro.

Al margen de estas consideraciones los manuales representan un instrumento útil para la investigación y, en ocasiones, para la formación de psicoterapeutas. Alguno de ellos ha sido específicamente adaptado para las condiciones de trabajo en nuestro sector público y ha dado lugar a una cierta cantidad de docencia e investigación en ese campo (15-16)

Nos referiremos brevemente a las tendencias detectables en algunas de las principales escuelas:

Psicoterapias psicodinámicas

Los psicoterapeutas de orientación psicoanalítica - con la notable excepción de la escuela de Balint en Inglaterra (17-19) se cuentan entre los que con mas tenacidad se han resistido a tanto a someter sus resultados a la investigación (quizás porque tal investigación

³ Fairburn decidió utilizar el manual de Klerman (11) para la depresión como intervención placebo con la que comparar la terapia cognitivo-conductual de la bulimia, ya que aquella intervención no incluía lo que consideraba eran los ingredientes activos de la suya. Los resultados obtenidos al final del tratamiento eran mejores con la intervención cognitivo conductual, pero las pacientes sometidas al supuesto placebo continuaron

intentó utilizarse para cuestionar su posición hegemónica en la psiquiatría (5)) 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 (17-19) Castelnovo-Tedesco (20) o Bellak y Small (21-22)) o las más recientes de Davanloo (23-24), Horowitz (25-28), Luborsky (29), Malan (30), Mann y Goldman (31-32), Sifneos (33-34) o Strupp y Binder (35) 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 han realizado manuales revisados, concebidos directamente para la práctica clínica y no, principalmente para la investigación como los primeros (36)

Se ha intentado definir operativamente conceptos psicodinámicos. Así, tanto el grupo que llevó a cabo los dos proyectos Vanderbilt (35, 37) como el que desarrolló el proyecto Penn (29, 38-40) 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 (41). También se han practicado definiciones instrumentales de intervenciones complejas (como la técnica de "desbloqueo" de Davanloo con su variante específica para pacientes deprimidos (24).

Se ha consolidado la tendencia a trabajar sobre formas "breves" de intervención (42-44). Howard y sus colaboradores (45) 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 (46) lo que, como señalan Koss y Butcher (47), 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 (47-48)
- Han demostrado eficacia no sólo en trastornos agudos, sino también en trastornos crónicos cuando se saben plantear objetivos limitados y realistas (47). 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 (46). Koss y Butcher (47) 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 (46)

Aunque se han realizado cantidades importantes de investigación de proceso, se han publicado pocos estudios de eficacia de estas terapias. Probablemente esto tiene que ver con el hecho de que las categorías diagnósticas (tipo DSM o CIE) que han servido para seleccionar las muestras de psicoterapias de otras orientaciones, son consideradas irrelevantes para guiar el trabajo terapéutico por los psicoterapeutas de esta orientación.

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 (49). 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 (50) 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 (51) 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 imaginaria como de estrategias de afrontamiento cognitivo.

Más recientemente se han desarrollado intervenciones muy estructuradas que han demostrado su eficacia en pacientes graves como los que padecen **trastorno límite de la personalidad**, en ensayos que utilizan el número de conductas suicidas como indicador de resultado (52-53)

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

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 (muy diferentes entre sí) que se reclaman de la etiqueta cognitivista.

Meichenbaum (54) propone una clasificación de las propuestas de terapias cognitivas según la *metáfora guía* que define el concepto de *cognición* que utilizan. Según este esquema podríamos distinguir:

1. Los modelos cognitivo-comportamentales: la metáfora del condicionamiento.

Es el modelo más próximo al paradigma de la modificación de conducta.

Contempla las cogniciones como estímulos discriminantes, autoinstrucciones y

estímulos condicionados que guían y controlan la conducta de acuerdo con las leyes generales del aprendizaje. Es el utilizado, por ejemplo por Meichenbaum (55)

2. Los modelos de reestructuración cognitiva: la metáfora del procesamiento de información.

Según esta propuesta la mente puede comprenderse como un ordenador. Lo *cognitivo* incluye tres tipos de elementos: *contenidos* (pensamientos automáticos, ideas irracionales...), *estructuras* (como los *esquemas*) y *procesos cognitivos* (como los *mecanismos de procesamiento de la información*). La terapia racional-emotiva (TRE) de Ellis (56), la reestructuración racional sistemática (RRS) de Goldfried, DeCantececo y Weinberg (57) o la terapia cognitivo conductual de Beck (58) representan aplicaciones clásicas de este punto de vista

3. Los modelos construccionistas: la narrativa constructiva como metáfora.

Según esta óptica, el problema no reside en la relación entre los esquemas cognitivos y una hipotética realidad exterior a la que deberían ajustarse. El ser humano *construye* su realidad poniendo en juego para ello una actividad que es del orden de la *narrativa* y no del *descubrimiento*, como pretenderían las versiones ancladas en el positivismo. La actividad psicoterapéutica se contempla como un esfuerzo conjunto de terapeuta y paciente para que este pueda darse cuenta de cómo construye su(s) realidad(es) y de las consecuencias de tal actividad constructiva. Los antecedentes de esta tendencia se remontan a Kelly (59). Los desarrollos más recientes se deben a autores como Mahoney (60-61), Guidano (62-63) Neimeyer (64). En España Feixas, Villegas (65-66) y Caro (67-70) han destacado en este terreno. Caro contrapone la epistemología de las

propuestas basadas en esta última metáfora (a las que califica de *postmodernas*) a las terapias *modernistas* de las dos propuestas anteriores.

Tras las múltiples y fructíferas discusiones despertadas por los primeros resultados publicados por el grupo de Beck (58) 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 (58, 71-79) o, incluso que las hipótesis básicas sobre la naturaleza de la depresión puedan sostenerse. Respecto a este último extremo Haaga y Beck (80) 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** (81-82). Sin embargo, como señalan Hollon y Beck en su última revisión (83) 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** (83).

La terapia cognitivo-conductual se ha convertido en la modalidad más comúnmente 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 (53). Se trabaja en modelos de intervención en **esquizofrenia** en varias líneas que parecen prometedoras (84). 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 (83).

Como señalan Hollon y Beck (83) los hallazgos negativos en este campo han sido pocos y la evidencia de eficacia se hace más 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 (86-92)

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 (93).

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 una camino totalmente novedoso e igualmente válido de entender y tratar la conducta problemática (94)

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 provenientes 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 (95).

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 (93, 96-98) desarrollados a partir de sus primeros trabajos sobre el papel de las relaciones familiares en el desarrollo de los trastornos mentales graves (99). 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 (11) que ha sido una de las cuatro modalidades de tratamiento comparadas en el estudio del Instituto de Salud Mental americano (100). Además de haber resultado mas 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 (101-102) y que su eficacia está en relación con la pureza (103) del método interpersonal descrito en el manual de 1984 (11). Recientemente se trabaja sobre la aplicación sistemática del modelo a otros trastornos diferentes de la depresión (11,3).

En el año 2000 se creó una asociación internacional para promover el uso y la investigación sobre este tipo de terapias y se editó una versión actualizada del manual de 1984 que incluye guías para construir manuales y ponerlos a prueba (104)

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 (105).

Eclecticismo e integración

La segunda línea de trabajo abierta por el veredicto del pájaro Dodo es la que ha dado origen a lo que se conoce como el *movimiento por el eclecticismo o la integración en psicoterapia*. Norcross y Arkowitz (106) creen que este movimiento se sustenta en las razones que resumimos en el **cuadro 4**. El **cuadro 5**, tomado de esos mismos autores, recoge los trabajos que nos permiten ver la importancia de esa tendencia en los Estados Unidos. En una encuesta realizada entre los profesionales del sector público de la zona Sur de Madrid con motivo de una ponencia de la AEN (107) se puso de manifiesto que el 76% declaraba que fundamentaba su práctica en mas de una orientación teórica y que el 93% utilizaba o prescribía técnicas basadas en diferentes orientaciones teóricas. Hoy esta tendencia ha

encontrado un cauce de expresión y discusión organizada a través de asociaciones como la *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration* o revistas como el *Journal of Psychotherapy Integration*, y ha dado lugar a toda una revolución en el modo de entender la práctica de la psicoterapia.

En el trabajo al que antes hacíamos referencia Norcross y Arkowitz (106) plantean tres modos de responder (en una perspectiva ecléctico-integradora) al dilema del pájaro Dodo que creemos que tienen su traducción en tendencias y prácticas que detectamos en el sector público.

Eclecticismo técnico

El primero de ellos la bautizaron como **eclecticismo técnico** y ha encontrado sus mejores representantes en Lazarus y Beutler. Según los partidarios de esta tendencia los avances en la práctica clínica no tienen porque corresponderse - ni se corresponden de hecho - con los de nuestras teorías sobre la naturaleza de los trastornos mentales. Por eso aunque hoy tenemos información suficiente para saber que determinadas modalidades de intervención basadas en distintas teorías son útiles ante diferentes situaciones, no estamos en condiciones de dotarnos de una teoría capaz de explicar **a la vez** por qué funciona cada uno de ellos. Lo que estos autores sostienen es la posibilidad de construir sistemas capaces de permitirnos seleccionar intervenciones de un modo sistemático (y no intuitivamente) para los problemas que presenta cada paciente (o como acertadamente propone Beutler, para los problemas que se le presentan a cada pareja terapeuta-paciente). Tanto Lazarus (108, 109) como Beutler se han negado a definirse como integradores y creen que la única postura posible es el eclecticismo. Ello no significa que los terapeutas que lo practican deban carecer de postura teórica para entender los trastornos mentales. De hecho Beutler personalmente participa de una concepción basada en la teoría de la persuasión y Lazarus es un conductista con concepciones deudoras de Wolpe y de Albert Bandura. Pero tanto el *eclecticismo*

sistemático de Beutler (110) como la *terapia multimodal* de Lazarus (108, 109) se presentan como sistemas que pueden permitir diseñar intervenciones independientemente de cual sea la posición teórica del terapeuta que las indica (por eso y no por otra cosa son eclécticos). El eclecticismo intuitivo es casi una necesidad en un marco que, como el del sector público, impide seleccionar pacientes. Lo que estos autores han abierto es una vía para pensar que y cómo estamos haciendo ya y para mostrarnos hasta que punto algunos de los instrumentos que estamos intentando utilizar para hacerlo (como el DSM o la CIE) están inmensamente alejados de considerar los elementos que podrían orientarnos a la hora de tomar decisiones para confeccionar un plan terapéutico.

Integración teórica

La segunda respuesta al dilema del *pájaro Dodo* es la propuesta - en amigable oposición a los anteriores - por los partidarios de la **integración teórica**. El desafío de los partidarios de esta postura es construir teorías capaces de dar cuenta **a la vez** de la capacidad de producir efectos terapéuticos demostrada por las intervenciones basadas en diferentes escuelas. Son precursores tempranos de esta postura Alexander (111) y Dollard y Miller (112). Mas recientemente Wachtel (113-116) ha propuesto un modelo original de psicoterapia que sintetiza principios y hallazgos del psicoanálisis, la modificación de conducta y las terapias sistémicas; Horowitz (26-28) ha construido un modelo teórico y un método práctico que reformula conceptos psicoanalíticos en términos de psicología cognitiva y emplea conceptos basados en la teoría de los roles y el análisis transaccional; y Ryle (117-119) ha propuesto un modelo de psicoterapia cognitivo-analítica que pretende adscribir a una teoría del desarrollo basada en Vigotsky. Estos autores nos enseñan a no ignorar, a efectos de nuestras reflexiones, los hallazgos de los compañeros de otras escuelas y de quienes hacen psicología en los medios académicos, y nos animan a no abandonar el intento de construir teorías que nos permitan comprender cada elemento de nuestra práctica.

Factores comunes

La última de las posibles respuestas al dilema del *pájaro Dodo* es la planteada por los partidarios de lo que se conoce como teorías de los **factores comunes**. El punto de partida de esta escuela fue acertada y radicalmente planteado por Frank (121). En realidad la postura sostenida por los partidarios de la integración teórica (explicar como pueden operar **a la vez** los factores terapéuticos hipotetizados por diferentes escuelas) parte de un prejuicio: El de suponer que las terapias basadas en cada una de las concepciones teóricas funcionan por los motivos por los que esa concepción supone que lo hacen. Si las terapias basadas en las diferentes orientaciones teóricas tienen resultados equivalentes puede ser porque los factores hipotetizados por cada uno de ellas son efectivamente puestos en marcha mediante las técnicas diseñadas para ello y tienen una potencia equivalente (como supondrían eclécticos o integradores teóricos). Pero también puede ser - como le parece a Frank - porque lo que determina la eficacia de cada una de las intervenciones posibles no es lo que tiene de específico y diferencial con las demás sino, precisamente, lo que comparte con ellas: por eso, porque lo que actúa es lo que todas tienen en común, el resultado es equivalente. En la hipótesis de Frank esos **factores comunes** son, además, los mismos que actúan en otras relaciones de ayuda, como las que establecen brujos o chamanes. Lo que en definitiva tienen en común (dice Frank) todas estas relaciones es el hecho de estar estructuradas de tal modo que se dan en un **encuadre** determinado (el *cromlech* o el diván...), mediante un **rito** (el ensalmo o la asociación libre...) que está justificado por un **mito** en el que creen tanto ayudador como ayudado (mal de ojo o psicoanálisis). En esta línea de los factores comunes se incluyen los trabajos de Prochaska (122, 123) que ha desarrollado una teoría del cambio que permite planificar intervenciones considerando el momento del proceso de cambio a enfrentar por el paciente, y los de Beitman (124) que ha sistematizado los acontecimientos de **cualquier** proceso psicoterapéutico en un sistema basado en un lenguaje común y que,

recientemente, está trabajando en estructuradísimos sistemas de enseñanza del uso de los factores comunes en el proceso psicoterapéutico. (125).

Definir los factores terapéuticos comunes de modo que den lugar a un sistema coherente no es fácil y, por regla general, los intentos de ser exhaustivos se han acompañado de pérdidas en sistematicidad. Norcross y Arkowitz (106) y Bergin y Garfield (126) han recogido (bastante asistemáticamente, por cierto) listados exhaustivos de factores de este tipo señalados por diversos autores (**cuadros 6 y 7**). El **cuadro 8** presenta el propuesto por el grupo de consenso al que antes hacíamos referencia (3). a partir de la reflexión sobre su práctica en el sector público madrileño.

La psicoterapia como práctica narrativa

El vuelco epistemológico derivado de la aplicación de las diferentes versiones del constructivismo que han invadido la teoría y la práctica de la psicoterapia, y la consideración de **la práctica psicoterapéutica como una actividad narrativa**, ofrece un lenguaje común para la consideración de los factores comunes y para la construcción de teorías integradoras que ya ha sido aprovechado por muchos autores procedentes de distintas escuelas. En esta idea han confluído autores que han realizado muy diferentes recorridos desde puntos muy distantes, como el psicoanálisis (127-131), la terapia cognitiva (61,132), la experiencial (133) o la sistémica (95, 134-139). Y lo han hecho con planteamientos epistémológicos y filosóficos también muy diversos. Para algunos terapeutas integradores la óptica de las narrativas ofrece una suerte de metateoría capaz de integrar aportes provenientes de diversas escuelas. (16, 140,141).

EL VEREDICTO DE LA APA: LOS TRATAMIENTOS EMPÍRICAMENTE VALIDADOS

Recientemente se ha producido un movimiento que marca el tercer jalón - también con forma de veredicto - en la historia reciente de las psicoterapias: el de la creación, por

parte de la Asociación Americana de Psicólogos (a la que nos referiremos con sus siglas en inglés APA) de un catálogo de *tratamientos empíricamente validados* que incluye sólo a aquellos que, debidamente manualizados, y contrastados vía ensayo clínico randomizado y doble ciego, han demostrado ser eficaces frente a un trastorno también debidamente definido de forma operativa con criterios DSM o similar. No ha sido el único intento en este sentido. Un informe encargado por el Servicio Nacional de salud británico con el mismo objetivo, llega a conclusiones prácticamente idénticas.

La APA se ha apresurado a afirmar que con este catálogo no pretende crear un émulo de la *FDA*⁴ para los tratamientos psicológicos. Pero en cualquier caso ha destapado un especie de caja de Pandora a partir de la cual ya hay compañías de seguros que pretenden pagar sólo el número y tipo de sesiones establecidas en los manuales según el tipo de trastorno, y terapeutas discutiendo con vehemencia sobre si este movimiento les priva de la libertad y creatividad necesarias para actuar como tales en un entorno como el de la clínica cotidiana, que poco tiene que ver con el creado artificialmente para llevar a cabo las investigaciones en las que se han fundamentado tales manuales (142-145). Alguien con interés en ello podría periódicamente *traducir e importar* el debate al terreno equivalente de la efectividad de los psicofármacos donde, aunque la industria no tenga interés en hacerlo demasiado patente, sucede algo parecido. Otra posible consecuencia es la de trasladar el debate al campo de la gestión de servicios en salud mental y pretender discutir en estos términos los *catálogos de prestaciones* de nuestros servicios públicos. Las compañías privadas de seguros ya han comenzado a aplicarlos.

Estos catálogos incluyen casi exclusivamente terapias manualizadas para diferentes trastornos que pertenecen o a las estrategias de modificación de conducta o a las cognitivo-

⁴ *Food and Drug Administration* agencia de la administración americana que fiscaliza y autoriza que fármacos y para que indicaciones pueden ser utilizados en los Estados Unidos.

conductuales o a las de terapia interpersonal. Ello no es casual. Los conductistas siempre tuvieron interés en demostrar la eficacia de sus intervenciones (esto fue una de sus características distintivas con los psicoterapeutas de orientación dinámica). Los grupos de Beck y el Klerman, responsables respectivamente de los desarrollos americanos de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia interpersonal, constituyeron la excepción a la práctica desaparición de los trabajos sobre psicoterapia de las publicaciones de psiquiatría durante los años 80. Ambos trabajaron en primer lugar sobre depresión. El grupo de Beck desarrolló la Terapia Cognitiva de la Depresión (TCD), cuyo manual vio la luz en 1979 (58). El grupo de Klerman y Weissman desarrolló la Terapia Interpersonal de la Depresión (TIP) cuya versión manualizada se publicó en 1984 (11).

Las propuestas de estos dos grupos tenían unas características comunes que han conformado el modo en el que la psicoterapia reaparece en la consideración de los tratamientos de los trastornos mentales.

- 1) Ambos se presentan al colectivo profesional mostrando sus resultados según el modelo general del **ensayo clínico**
- 2) Ambas se definen como **tratamiento** de un trastorno definido (con lo que se hacen coherentes con la práctica médica en su acepción mas tradicional) y no en función de otros criterios (estructura de la personalidad, funciones yoicas, características del sistema familiar...) y, menos aún de otros valores como el autoconocimiento, el desarrollo personal...
- 3) Ambas se perfilan como una **destreza profesional** bien definida y para cuya adquisición existen procedimientos reglados.
- 4) Ambos conciben su utilidad como **complementaria con la de los tratamientos farmacológicos** y no como antagónica a estos.

Los trabajos de investigación mas importantes sobre eficacia de la psicoterapia, incluido el financiado por el Instituto Nacional de la Salud Mental americano sobre depresión (100, 147-149), o los británicos sobre trastornos de la conducta alimentaria (12-14), se han llevado a cabo comparando estos dos tipos de intervenciones.

Las características que enumerábamos mas arriba han supuesto una indudable ventaja selectiva en un medio dominado por el reduccionismo biologicista. Pero contradicen las pruebas aportadas por la creciente investigación proceso-resultados, de que las categorías diagnósticas, tal y como son definidas por los sistemas de clasificación como el DSM o la CIE no son adecuados para guiar el trabajo psicoterapéutico (150-151). Esto pone a los investigadores en psicoterapia en una posición difícil. No sólo deben demostrar la eficacia de las intervenciones que someten a prueba. Además tienen que criticar las líneas maestras sobre las que hoy se concibe la psicopatología y proponer sistemas alternativos. Todo ello bajo la presión de una poderosísima industria farmacéutica mas que satisfecha con tales sistemas y la mirada vigilante de los gestores de los sistemas sanitarios. Nos obliga a participar en un debate general sobre la naturaleza de la salud y los trastornos mentales (150-151).

LA PSICOTERAPIA FRENTE A Y EN COMBINACIÓN CON LOS FÁRMACOS. LA ERA DE LOS TRATAMIENTOS INTEGRADOS

Beck y su grupo comienzan su primer manual (58) respondiendo a la pregunta de por qué proponer un tratamiento psicosocial para un trastorno para el que existen tratamientos - farmacológicos - de utilidad probada. Exponen tres razones. En primer lugar, según aseveran, aunque un 65% de los cuadros depresivos responden a la medicación antidepresiva queda un 35% de no respondientes (el porcentaje de respuesta a psicoterapia es semejante. Pero no hay porqué pensar que el grupo de no respondientes está en ambos casos compuesto por los mismos individuos). Tendría, pues sentido buscar una solución para el 35% restante. En

segundo lugar hay quien no quiere tomar fármacos (o no los tolera). Por último el proceso psicoterapéutico constituye una experiencia de la que el sujeto puede sacar otros beneficios que pueden redundar en su capacidad de afrontar nuevas situaciones o síntomas prodrómicos en un futuro, evitando recidivas.

El argumento ha sido recientemente reformulado y aplicado en un editorial del *Current Opinion in Psychiatry* firmado por John Rush (9) al que hacíamos referencia anteriormente, y en el que señala que las tasas de **respuesta** obtenidas en el tratamiento de los trastornos afectivos están en torno a un sucinto 50% y las tasas de **remisión** (en los escasos estudios que proporcionan datos para poder evaluar este concepto) se sitúan en torno al 25%. Rush no se refiere a tasas de **recuperación** que incluyan medidas de recuperación de niveles previos de funcionamiento psicosocial o calidad de vida, que la experiencia clínica nos sugiere que deben ser aún peores.

Esta masa de pacientes no respondientes o respondientes pero no recuperados señala la ineludibilidad de los tratamientos combinados. Tanto el grupo de Beck (58) como el de Klerman y Weissman (11) propugnan los tratamientos combinados con fármacos antidepressivos que indican exactamente en las condiciones en que está establecido que cabe esperar mejor respuesta de los antidepressivos. En una perspectiva más psicoanalítica, Luborsky (29) hace lo propio y da indicaciones para la combinación y el manejo de los problemas que de esta pudieran surgir.

Karasu, editor de la amplísima terapéutica publicada por la *American Psychiatric Association* y de alguno de los más originales, brillantes y divertidos textos sobre psicoterapia de los últimos años (152) propuso en un modelo de indicación de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico (como posibilidades no excluyentes en base a la consideración de una serie de dimensiones (**cuadros 9 y 10**) (153-154). Estas mismas dimensiones podrían, según este autor orientar hacia el tipo de psicoterapia indicado (él considera las opciones psicodinámica,

interpersonal y cognitivo-conductual). Karasu recomienda que los clínicos estén formados en alguna de las tres orientaciones psicoterapéuticas y conozcan los principios e indicaciones de las otras dos de modo que puedan utilizar la suya o derivar para las otras solas o en combinación con tratamiento farmacológico

La evidencia a favor de la superioridad de los tratamientos combinados, como señalaron en un trabajo completísimo Klerman y colaboradores (155), es metodológicamente difícil de obtener y requiere de grandes muestras para comparar cuatro o preferiblemente 6 grupos de pacientes. Por ello aunque desde hace dos décadas, existen trabajos que apuntan tal superioridad (11, 156-159) han sido discutidos (160) y están por dilucidar los mecanismos (adición, sinergia, facilitación) y condiciones en que se produce.

Klerman y colaboradores (155) señalaron como posibles mecanismos de acción de la combinación los siguientes: 1) la medicación puede facilitar el acceso psicoterapéutico, 2) La medicación puede mejorar las funciones yoicas que son requeridas para la participación en la psicoterapia, 3) la medicación puede facilitar la abreacción, 4) Los efectos positivos de la medicación pueden mejorar las expectativas, actitudes y estigmatización de los pacientes, 5) la psicoterapia puede facilitar la adherencia y adaptación al tratamiento farmacológico, 6) la psicoterapia puede constituir, en realidad, un abordaje rehabilitador complementario del tratamiento causal que proporcionaría la medicación.

De lo que no cabe duda es de que si la psicoterapia consiste en un proceso de adquisición de nuevos significados de los elementos que constituyen la realidad del sujeto, la mera aceptación de un tratamiento medicamentoso que pretende abordar una *enfermedad* donde había, por ejemplo, desesperación, culpa e impotencia (que se convierten así en síntomas de los que el sujeto es víctima en lugar de castigos de los que el sujeto es merecedor) supone una operación psicoterapéutica a la que cabe atribuir la altísima eficacia

obtenida por el placebo⁵. En sus comentarios sobre el estudio sobre tratamiento de la depresión financiado por el Instituto Nacional de la Salud Mental americano, Irene Elkin se lamenta (100) de la alta tasa de respuesta (y de remisión) obtenida por el placebo que, dice, dificulta el tratamiento estadístico de los resultados. Lo que Irene Elkin podría también preguntarse es qué elementos activos de las intervenciones psicoterapéuticas, se colaron en el manual de *manejo clínico* que acompañaba en ese estudio a la administración de la píldora placebo. De hecho muchas de las operaciones propias de las fases iniciales de la terapia interpersonal estaban presentes en ese manual.

Klerman y colaboradores advierten también de los posibles efectos negativos de la combinación. Los posibles efectos negativos de la medicación sobre la psicoterapia se deberían a 1) efecto placebo de la medicación en presencia de la psicoterapia, 2) una reducción de los síntomas que conllevaría una reducción de la motivación para la psicoterapia y 3) un socavamiento de las defensas que propicia la sustitución de síntomas. Los posibles efectos negativos de la psicoterapia sobre la farmacoterapia podrían ser 1) aumentar innecesariamente el gasto 2) ser sintomáticamente disruptiva y 3) dificultar la adaptación a la medicación. En cualquier caso Manning y Frances (160) aunque, como ya hemos mencionado son sumamente cautos a la hora de valorar las evidencias a favor de la combinación existentes en la literatura, sí creen poder concluir que en ella no existe ningún indicio de que el resultado de la combinación pueda ser peor que el de cualquiera de ellos por separado.

Un dato importante es el relacionado con la capacidad de algunas de los criterios utilizados para la selección de las intervenciones terapéuticas para predecir la respuesta a los psicofármacos. Beitman y colaboradores, por ejemplo, encontraron que los estadios del

⁵ Nótese el gran parecido de esta operación con lo propiciado por los terapeutas interpersonales en las fases iniciales bajo los epígrafes *hacerse cargo de la depresión* y *otorgar al paciente el rol de enfermo*.

cambio de Prochaska eran un buen predictor de la respuesta de los pacientes con pánico al tratamiento con alprazolán. Los pacientes predispuestos a la acción respondían significativamente mejor que los precontempladores o contempladores (161).

Muy recientemente se han publicado un conjunto de estudios que informan de diferencias a favor de la combinación de psicofármacos y psicoterapia frente a la administración aislada de cualquiera de ellos, mayores de las encontradas hasta la fecha (162-177). El hallazgo de estas mayores diferencias se debe, probablemente, a la mayor selectividad con la que se han conseguido las muestras.

EL FUTURO DE LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA

A la vista de lo expuesto podemos aventurar algunas predicciones sobre el futuro de la práctica de la psicoterapia.

- 1.- La(s) psicoterapia(s) será(n) considerada(s) como una(s) forma(s) eficaz(es) de tratamiento de los trastornos mentales (y por tanto una habilidad básica de psiquiatras y psicólogos clínicos)
- 2.- Esto supondrá que deberá(n) someterse a los procedimientos para la validación de tratamientos en medicina
- 3.- Los actuales sistemas de clasificación y el concepto mismo de enfermedad o trastorno mental deberán ser revisados para posibilitar esta tarea
- 4.- Frente a los doctrinarismos de escuela se impondrán las concepciones ecléctico-integradoras, que permitirán ajustar el tipo de intervención a realizar a las características específicas de cada díada paciente-terapeuta
- 5.- Las intervenciones psicoterapéuticas se considerarán un componente de abordajes integrados que incluirán asimismo tratamientos farmacológicos y elementos de rehabilitación cuidados y apoyo, cuando estos sean necesarios

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Liria A. Combinación de psico y farmacoterapia en los trastornos depresivos. *Revista de Psicoterapia* 1999; 9 (36): 27-41.
2. Fernández Liria A. Diagnóstico y realidad. *Psiquiatría Pública* 1997; 9: 51-54.
3. Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B, Benito Cano T, Mas Hesse J. Teoría y práctica de la psicoterapia en la atención pública a la salud mental: resultados de un grupo de consenso. En Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B(coords). *Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración*. Madrid: AEN 1997. 143-162
4. Fernández Liria A. Algunas reflexiones sobre la práctica pública y la integración de las psicoterapias. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 1999; 4: 203-213
5. Eysenck HJ. The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology* 1952: 16: 319-324.
6. Fernández Liria A. Investigación en psicoterapia (I): el pájaro Dodo en el umbral del siglo XXI. *Psiquiatría Pública* 1993; 5: 354-362.
7. Fernández Liria A. Investigación en psicoterapia (II): especificidad e integración. *Psiquiatría Pública* 1994; 6: 3-14.
8. Lambert MJ, Bergin AE. The effectiveness of psychotherapy. En Bergin AE, Garfield SL. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley, 1994
9. Rush AJ. Editorial comment: Assessing outcome in practice: a paradigm shift? *Current Opinion in Psychiatry* 1996; 9: 1-2.
10. 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.
11. Klerman GL, Rousanville B, Chevron E, Neu C, Weissman MM. *Interpersonal psychotherapy of depression (IPT)*. New York. Basic Books. 1984.
12. Fairburn CG. Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. En Klerman GL, Weissman MM. *New applications of interpersonal psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press. 1993.
13. Fairburn CG, Jones R, Pevler RC, Carr SJ, Solomon RA, O'Connor ME, Burton J, Hope RA. Three psychological treatments for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 463-469.
14. Agras WS, Wals T, Fairburn CG, Wilson GT, Kraemer HC. A multicentre comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57(5):459-466
15. Diéguez Porres M, Morales Hevia N, González Suárez N. Terapia interpersonal de la depresión: un modelo de psicoterapia para el sector público. En Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B(coords). *Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración*. Madrid: AEN 1997.
16. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B, Diéguez Porres M, González Suárez N, Morales Hevia N. La terapia interpersonal de la depresión y las psicoterapias en el fin del milenio. *Revista de la Asociación Española de neuropsiquiatría* 1997; 17: 627-648
17. 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)

18. Balint M, Balint E. Psychotherapeutic techniques in medicine. London: Tavistock Publication, 1961 (Trad cast: Técnicas psicoterapéuticas en medicina. México: Siglo XXI, 1961)
19. Balint M, Ornstein PH, Balint E. Focal Psychotherapy. London: Tavistock, 1972 (Trad cast: Psicoterapia focal. Buenos Aires: GEDISA, 1985)
20. Castelnuovo-Tedesco P. The twenty-minute hour. A guide to brief psychotherapy for the physician. Washington: American Psychiatric Press, 1965.
21. 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)
22. Bellak L, Small L. Emergency psychotherapy and brief psychotherapy. New York: Grune & Straton, 1965 (trad cast: Psicoterapia breve y de emergencia. México: Pax-México, 1970)
23. Davanloo H (ed). Short-term dynamic psychotherapy. New York: Jason Aaronson, 1980.
24. Davanloo H: Unlocking the unconscious. John Willey & Sons. Chichester. 1990. (Trad cast: Psicoterapia breve. Madrid: DOR,S.L. 1992)
25. Horowitz MJ: Stress response syndromes. New York: Jason Aaronson, 1976.
26. Horowitz MJ: Introduction to psychodynamics, a new synthesis. London: Routledge, 1988.
27. Horowitz MJ, Marmor C, Krupnick J et al: Personality styles and brief psychotherapy. New York: Basic Books, 1984.
28. Horowitz MJ. Formulation as a basis for psychotherapy treatment. Washington: American Psychiatric Press 1997
29. Luborsky L. Principles of psychoanalytic psychotherapy; a manual for supportive-expressive treatment. New York: Basic Books, 1984
30. 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)
31. Mann J: Time-limited psychotherapy. Mass: Harvard University Press, 1973.
32. Mann J, Goldman R: A casebook in time-limited psychotherapy. Washington: American Psychiatric Press. 1982.
33. Sifneos PE: Short-Term anxiety-provoking psychotherapy. New York: Plenum, 1987
34. 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.
35. 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)
36. Book HE. How to practice Brief Psychodynamic Psychotherapy; The Core Conflictual Relationship Theme Method. Washington: American Psychological Association 1997
37. 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: Basis Books 1991; 137-165

38. Luborsky L, Crist-Christoph P. Measures of psychoanalytic concepts; last decade of research from "The Penn Studies". *Int J Psycho-anal*, 1988; 69: 75-86
39. Luborsky L, Crits-Christoph P, Mintz J, Auerbach A. Who will benefit from psychotherapy. New York: Basic Books, 1988.
40. 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
41. Fried D, Crits Christoph P, Luborsky L. The first empirical demonstration of transference in psychotherapy. *J Nerv Ment Dis* 1992; 180: 326-331.
42. MacKenzie KR. Recent developments in brief psychotherapy. *Hospital and Community Psychiatry* 1988; 39: 742-752.
43. Ursano RJ, Hales RE. A review of brief individual psychotherapies. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 1507-1517.
44. Budman SH, Stone J. Advances in brief psychotherapy. A review of recent literature. *Hosp Community Psychiatry* 1983; 34: 939-946.
45. Howard KI, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE. The dose-effect relationship in psychotherapy. *Am Psychol* 1986; 41: 159-164.
46. Crits-Christoph P. The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 151-158
47. 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.
48. 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.
49. Sperry L, Gudeman JE, Blackwell B, Faulkner LR. *Psychiatric case formulations*. Washington: American Psychiatric Press, 1992.
50. 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.
51. 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.
52. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-Behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 1060-1064.
53. 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.
54. Meichenbaum D, Cognitive-behavioral therapy in historical perspective. En Bongar B, Beutler LE: *Comprehensive textbook of psychotherapy; theory and practice*. New York: Oxford University Press 1995
55. Meichenbaum D. *Cognitive-behavior modification*. New York: Plenum, 1977.
56. Ellis A. *The essence of rational psychotherapy: A comprehensive approach to treatment*. New York: Institute for rational living. 1970.

57. Goldfried MR, DeCanteceo ET, Weinberg L. Systematic rational restructuring as a self control technique. *Behavior Therapy* 1974; 5: 247-154.
58. 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)
59. Kelly GA. *The psychology of personal constructs*. New York: Norton 1955.
60. 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.
61. Mahoney MJ, Freeman A (eds). *Cognition and psychotherapy*. New York: Plenum 1985 (Trad cast: *Cognición y psicoterapia*. Barcelona: Paidós 1988)
62. Guidano VF. *The self in process: toward a post-rationalist cognitive therapy*. New York: Guilford. 1991
63. Guidano V. Psicoterapia: aspectos metodológicos, cuestiones clínicas y problemas abiertos desde una perspectiva post-racionalista. *Revista de psicología* 1999; 10 (37): 97-108
64. Neimeyer RA, Neimeyer MJ. *Constructivism in psychotherapy*. Washington: American Psychological Association 1995 (trad cast *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós 1998)
65. Feixas G, Cornejo JM *Manual de técnica de rejilla mediante el programa RECORDF V.2.0. (2ª edición)* Barcelona: Paidós; 1996
66. Feixas G, Villegas M. *Constructivismo y psicoterapia (2ª edición)*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, 1993
67. Caro I. Las psicoterapias en una sociedad postmoderna. *Revista de psicoterapia* 1996; 24: 29-44
68. Caro I. Las psicoterapias cognitivas: modelos básicos. En Caro I (Ed). *Manual de psicoterapias cognitivas* Barcelona: Paidós, 1997; 37-52
69. Caro I. Un enfoque postmoderno y constructivista sobre la salud mental y la psicoterapia. *Revista de psicología* 1999; 10 (37): 31-50
70. Caro Gabalda I. El origen cultural de la integración y del eclecticismo en psicoterapia. *Psiquiatría Pública* 1999; 11 (1): 19-26
71. Coyne JC. A critique of cognitions as causal entities with particular reference to depression. *Cognitive Technique and Research* 1982; 6: 3-13
72. Coyne JC, Gotlib I. The role of cognition in depression. A critical appraisal. *Psychological Bulletin* 1983; 94: 472-505.
73. Eaves G, Rush AJ. Cognitive patterns in symptomatic and remitted unipolar depression. *Journal of abnormal Psychology* 1984; 96: 31-40
74. 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.
75. Gotlib IH, Cane DB. Construct accessibility and clinical depression: A longitudinal investigation. *Journal of Abnormal Psychology* 1987; 96: 34-40.
76. Persons JB, Rao PA. Longitudinal study of cognitions, life events, and depression in psychiatric inpatients. *Journal of Abnormal Psychology* 1985; 94: 51-63.
77. Riskind J, Rholes W. Cognitive accessibility and the capacity of cognitions to predict future depression: A theoretical note. *Cognitive Therapy and research* 1984; 8: 1-12.

78. Silverman JS, Silverman JA, Eardley DA. Do maladaptative attitudes cause depression? *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 28-30.
79. Simons AD, Gardfield SL, Murphy GE. The process of change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 45-51.
80. Haaga DA, Beck AT. Perspectiva constructivista del realismo depresivo: implicaciones para la teoría y terapia cognitivas. *Revista de Psicoterapia*. 1993. 13: 29-40
81. Barsky AJ, Geringer E, Wool CA. A cognitive-educational training for hypochondriasis. *Gen Hosp Psychiatry* 1988; 10: 322-327.
82. Warwick HMC, Salkovskis PM. Hypochondriasis. *Behavior research and therapy* 1990; 28: 105-117.
83. 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. 1986 443-481.
84. Green MF. Cognitive remediation in schizophrenia: is it time yet?. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 178-187.
85. Westen D. Implications of cognitive science for psychotherapy: promises and limitations. *Journal of Psychotherapy integration* 1994; 4: 387-400
86. Wolfe BE. Introduction to the Special Issue: Cognitive Science and Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy integration* 1994; 4: 285-290
87. Coyne JC. Possible contribution of "cognitive science" to the integration of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy integration* 1994; 4: 401-416
88. Mahoney MJ. Cognitive psychology and contemporary psychotherapy: the self as a organizing theme. *Journal of Psychotherapy Integration* 1994; 4: 417-424
89. Sechrest L, Smith B. Psychotherapy is the practice of psychology. *Journal of Psychotherapy Integration* 1994; 4: 1-30.
90. Stricker G. Psychotherapy, Psychology and Science. *Journal of Psychotherapy Integration* 1994; 4: 31-38
91. Davison GC. Issues in psychotherapy as the practice of psychology. *Journal of Psychotherapy Integration* 1994; 4: 39-46
92. Elliot R. Alternative prescriptions for integrating psychotherapy with psychology. *Journal of Psychotherapy Integration* 1994; 4: 47-54
93. Ruesch J, Bateson G. *Communication: the social matrix of psychiatry*. New York: Norton, 1951 (Comunicación: la matriz social de la psiquiatría. Buenos Aires: Paidós 1965)
94. Slovic, LS, Griffith JL. The current face of family therapy, en Rutan JS. *Psychotherapy for the 1990s*, New York: Guildford Press, 1992
95. Hoffman L. Constructing realities: An ars of lenses. *Fam Process* 1990; 29: 2-12.
96. Haley J, Hofmann L. *Techniques of family therapy*. New York. Basic Books. 1968.
97. Minuchin S. *Families & family therapy*. Harward: The President and Fellows, 1974 (Trad cast: Familias y terapia familiar. Gedisa)

98. Selvini M, Boscolo L, Cecchin G, Pratta G. Paradosso e contrapadosso. Milano: Feltrinelli. 1974 (trad cast: Paradoja y contrapadoja. Barcelona: Paidos 1988)
99. 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)
100. 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.
101. 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.
102. 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.
103. Klerman GL, Weisman MM (eds). New applications of interpersonal psychotherapy. Washington, American Psychiatric Press, 1993.
104. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy. New York: Basic Books, 2000
105. Beitman BD, Klerman GL (Eds). Integrating pharmacotherapy and psychotherapy. Washington: American Psychiatric Press 1991
106. Norcross JC, Arkowitz H. the evolution and current status of psychotherapy integration. In Dryden W. Integrative and eclectic therapy. A handbook. Buckingham: Plenum, 1992.
107. Desviat M, Fernández Liria A, Mas Hesse J. Técnica y práctica psiquiátrica. En Desviat M (coord) Epistemología y práctica psiquiátrica. Madrid: AEN 1996.
108. Lazarus AA. The practice of multimodal therapy: systematic, comprehensive and effective psychotherapy. New York: Mc-Graw Hill, 1981
109. Lazarus AA. Multimodal Therapy: Technical eclecticism with minimal integration. En Norcross JC y Goldfried MR. Psychotherapy integration. New York: Basic Books 1992. 231-263
110. Beutler LE. Eclectic psychotherapy: A systematic approach. New York: Pergamon 1983.
111. Alexander F. The dynamics of psychotherapy in light of learning theory. Am J Psychiatry 1963; 120: 440-448.
112. Dollard J, Miller NE. Personality and psychotherapy. New York: McGraw-Hill, 1950 (trad cast: Personalidad y psicoterapia. Bilbao: Desclée de Brouwer 1977)
113. Wachtel PL Psychoanalysis and behaviour therapy; towards an integration. New York: Basic Books, 1977
114. Wachtel PL. Action and insight. New York: Guilford, 1987
115. Wachtel PL. Therapeutic Communication; principles and effective practice. New York: Guilford 1993
116. Wachtel PL Psychoanalysis, behaviour therapy; and the relational world. Washington: American Psychological Association 1997

117. Ryle A. Cognitive-analytic therapy: active participation in change: a new integration in brief psychotherapy. Chichester; John Wiley. 1990.
118. Ryle A (ed) Cognitive analytic therapy; developments in theory and practice. Chichester: Wiley 1995
119. Ryle A. The practice of CAT. En Ryle A (ed) Cognitive analytic therapy; developments in theory and practice. Chichester: Wiley 1995
120. Ryle A, Cowmeadow P. Cognitive-analytic therapy. in Dryden W (ed) Integrative and eclectic therapy: a handbook. Buckingham: Open University Press, 1992.
121. Frank JD. Persuasion and Healing. Baltimore: John Hopkins University Press, 1961.
122. Prochaska JO. Systems of psychotherapy: a trans-theoretical analysis. Homewood, Ill: Dorsey, 1984.
123. Prochaska JO, Di Clemente CC. The transtheoretical approach: crossing the traditional boundaries of therapy. Homewood: Dow Jones-Irwin 1984.
124. Beitman BD. The structure of individual psychotherapy. New York: Guilford Press, 1987.
125. Beitman BD, Yue D. Learning psychotherapy: A time-efficient, research-based and outcome-measured psychotherapy training program. New York: Norton 1999
126. Bergin AE, Garfield SL. Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: John Wiley & Sons. 1994
127. Gill MM. Psychoanalysis in transition. New York: Basic Books. 1994
128. Luborsky L, Barber JP, Diguier L. The meanings of narratives told during psychotherapy: the fruits of a new observational unit. Psychotherapy Research 1992; 2 (4): 277-290.
129. Schafer R. A New language for psychoanalysis. New Haven: Yale University Press. 1976
130. Schafer R. The analytic attitude. New York. Basic Books. 1983
131. Spence D. Narrative truth and historical truth. New York. Norton 1982
132. Gonsalves O. Cognitive narrative psychotherapy: the hermeneutic construction of alternative meanings. Journal of Cognitive Psychotherapy 1994; 8 (2): 105-125
133. Greenberg LE, Rice L, Elliot R. Preprocess-experiential therapy: facilitating emotional change. New York: Gilford 1993.
134. Efran JS. Language, structure and change. New York: Norton 1990
135. Hoffmann L. Fundamentos de la terapia familiar. Fondo de Cultura Económica. 1987.
136. Linares JL. Identidad y narrativa. Barcelona: Paidós, 1996
137. McNamee S, Gergen KJ. Therapy as social construction. London: Sage 1992 (Trad cast: La terapia como construcción social. Barcelona: Paidós)
138. Sluzki CE. Transformations: A blueprint for narrative changes in therapy. Family Process 1992; 217-223.
139. White M, Epsom D. Narrative means to therapeutic ends. New York: Norton. 1990 (trad cast: medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Paidós 1993)
140. Gold JR. Key Concepts in psychotherapy integration. New York: Plenum 1996

141. Omer H, Alon N. *Constructing Therapeutic Narratives*. Northvale: Jason Aronson. 1997
142. Glass CR, Amkov DB. Psychotherapy integration and Empirically Validated Treatments: introduction to the special Series. *Journal of Psychotherapy Integration* 1996; 6 (3): 183-190
143. Shoham V, Rohrbaugh M. Promises and Perils of empirically supported psychotherapy integration *Journal of psychotherapy integration* 1996; 6 (3): 191-207
144. Fensterheim H, Raw SD. Empirically validated treatments, psychotherapy integration, and the politics of psychotherapy. *Journal of psychotherapy integration* 1996; 6 (3): 207-216
145. Striker G. Empirically validated treatment, psychotherapy manuals and psychotherapy integration. *Journal of psychotherapy integration* 1996; 6 (3): 217-226
146. Elkin I, Pilkonis PA, Docherty JP, Sotsky SM. Conceptual and methodological issues in comparative studies of psychotherapy and pharmacotherapy, I: active ingredients and mechanisms of change. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 909-917.
147. Elkin I, Parloff M, Hadley SW, Autry JH. NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry* 1985; 42: 305-316.
148. Elkin I, Pilkonis PA, Docherty JP, Sotsky SM. Conceptual and methodological issues in comparative studies of psychotherapy and pharmacotherapy, II: nature and timing of treatment effects. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 1070-1076.
149. Elkin I, Shea T, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, Glass DR. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 971-982.
150. Fernández Liria A. El retorno de la psicoterapia (editorial). *Psiquiatría Pública* 1997; 9: 241-242
151. Fernández Liria A. concepto sustantivo y concepto pragmático de la enfermedad mental; implicaciones para la reflexión sobre la clínica. En prensa
152. Karasu TB. *Wisdom in the practice of psychotherapy*. New York: Basic Books 1992.
153. Karasu TB. Toward a clinical model of psychotherapy for depression, I: Systematic comparison of three psychotherapies. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 133-147.
154. Karasu TB. Toward a clinical model of psychotherapy for depression, II: An integrative and selective treatment approach. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 269-278.
155. Klerman GL, Weissman MM, Markowitz JC, Glick I, Wilner PJ, Mason B, Snear K. Medication and psychotherapy. En Bergin AE, Garfield SL. *Handbook of psychotherapy and behavior change* IVth edition. New York: Wiley 1994, 734-782
156. Blackburn IN, Bishop S, Glen AIM, Whaley LJ, Christie JE. The efficacy of cognitive therapy of depression: A treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. *British Journal of Psychiatry* 1981; 139: 181-189.
157. Hollon SD, DeRubies RJ, Evans MD. Combined cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depression. Manning DW, Frances AJ. *Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy for depression*. Washington: American Psychiatric Press 1990. 35-64.
158. Covi L, Lipman RS, Smith JE. Group psychotherapy and pharmacotherapy of depression. Manning DW, Frances AJ. *Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy for depression*. Washington: American Psychiatric Press 1990. 65-112.

159. Frank E, Kupfer DI, Levenson J. Continuation treatment for unipolar depression. The case for combined treatment. Manning DW, Frances AJ. *Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy for depression*. Washington: American Psychiatric Press 1990. 133-150
160. Manning DW, Frances AJ. Combined therapy for depression: critical review of the literature. en Manning DW, Frances AJ. *Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy for depression*. Washington: American Psychiatric Press 1990. 1-34
161. Beitman BD, Beck NC, Deuser WE, Carter CS, Davidson JRT, Maddock RJ. Patient stage of change predicts outcome in a panic disorder medication trial. *Axiety* 1994; 1: 64-69
162. Keller MB; McCullough JP; Klein DN; Arnow B et al. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med* 2000 18;342(20): 1462-1470.
163. Miller MD; Wolfson L; Frank E; et al. Using interpersonal therapy in a combined psychotherapy/ medication research protocol with depressed elders. A descriptive report with case vignettes. *J Psychother Pract Res* 1997 Winter;7(1):47-55.
164. Reynolds CF 3rd; Frank E; Perel JM ; et al. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trials in patients older than 59 years. *Jama* 1999 Jan 6;281(1):39-45.
165. Frank E; Grochocinski VJ; Sapien CA; et al. Interpersonal psychotherapy and antidepressant medication: evaluation of sequential treatment strategy in women with recurrent major depression. *J clin Psychiatry* 2000 Jan; 61(1): 51-7.
166. Kamlet MS; Paul N; Greenhouse J; et al. Cost utility analysis of maintenance treatment for recurrent depression. *Control Clin Trials* 1995 Feb;16(1):17-40.
167. Barlow DH; Gorman JM; Shear MK. Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trials. *Jama* 2000 May 17; 283(19):2529-36.
168. de Beurs E; van Balkom AJ; Lange A; Koele P. Treatment of panic disorder with agoraphobia: comparison of fluvoxamine, placebo and psychological panic management combined with exposure and exposure in vivo alone. *Am J Psychiatry* 1995 May;152(5):683-91.
169. Loerch B; Graf-Morgenstern M; Hautzinger M. Randomized placebo-controlled trial of moclobemide, cognitive-behavioural therapy and their combination in panic disorder with agoraphobia. *Br J Psychiatry* 1999 Mar;174:205-12.
170. Walsh BT; Wilson GT; Loeb KL; et al. Psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Am J psychiatry* 1997 Apr;154(4):523-31.
171. Agras WS; Rossiter EM; Arnow B ; et al. One year follow-up of psychosocial and pharmacologic treatment for bulimia nervosa. *J clin Psychiatry* 1994 May;55(5): 179-83.
172. Laedarch-Hofmann K; Graf C; Horber F; et al. Imipramine and diet counseling with psychological support in the treatment of obese binge eaters: a randomized, placebo-controlled double-blind study. *Int J Eat Disord* 1999 Nov;26(3):231-44.
173. van Balkom AJ; deHaan E; van Oppen P; Spinoen P et al. Cognitive and behavioral therapies alone versus in combination with fluvoxamine in the treatment of obsessive compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis* Aug;186(8):492-9.
174. Richmond RL; Kehoe L; de Almeida Neto AC. Effectiveness of a 24 hour transdermal nicotine patch in conjunction with a cognitive behavioral programme: one year outcome. *Addiction* 1997 Jan; 92(1):27-31.

175. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA cooperative group. Multimodal cooperative group. Multimodal treatment study of children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry* 1999 Dec;56(12):1073-86.
176. Frank E; Hlastala S; Ritenour A; et al. Inducing lifestyle regularity in recovering bipolar disorder patients: results from the maintenance therapies in bipolar disorder protocol. *Biol Psychiatry* 1997 Jun 15;41(12):165-73.
177. Hogarty GE; Greewald D; Uldrich RF; et al. Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, II: Effects on adjustment of patients. *Am J Psychiatry* 1997 Nov;154(11):1514-24.
178. Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B (coords). *Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración*. Madrid: AEN 1997.
179. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. *La práctica de la psicoterapia; construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao: Desclée de Brouwer 2001.

CUADRO 1: REVISIONES META-ANALÍTICAS DE RESULTADOS CON DEPRESIÓN(tomado de Lambert y Bergin 1994)

Autores	diagnóstico/tratam	n1 estudios	magn. efecto
Dobson (1989)	depresión/ter cognit	10	2.15
Nietzel, Russel, Hemmings y Gretter (1987)	depresión unipolar	28	0.71
Quality Assurance Project (1983)	depresión	10	0.65
Robinson, Berman y Neimeyer (1990)	depresión	29	0.84
Steinbrueck, Maxwell y Howard (1983)	depresión	56	1.22

CUADRO 2: REVISIONES META-ANALÍTICAS DE RESULTADOS CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD (8)

Investigadores	diagnostico/tratam	n1 estudios	magn efecto
Allen, Hunter y Donohue (1989)	asiedad ante hablar en público	97	0.51
Christensen, Hadzi-Pavlovic, Andrews y Mattick (1987)	TOC/exposición	5	1.37
Clum (1989)	pánico, agorafobia/terapia de conducta	283	70%
	no terapia	46	30%
Hyman, Feldman, Harris, Levin y Maloy (1989)	relajación	48	0.58
Jorm (1989)	ansiedad y neuroticimo	63	0.53
Mattick, Andrews, Hazdi-Pavlovic y Christersen (1990)	agorafobia vs lista de espera	51	1.62 0.02
Quality Assurance Project (1982)	agorafobia	25	1.2
Quality Assurance Project (1985a)	ansiedad	81	0.98
Quality Assurance Project (1985b)	TOC/exposición	38	1.34
Trull, Nietzel y Main (1988)	Agorafobia	19	2.10

CUADRO 3: REVISIONES META-ANALÍTICAS DE RESULTADOS CON TRASTORNOS Y TÉCNICAS DIVERSOS (8)

Investigadores	diagnóstico/tratamiento	n1 estudios	magn efect
Andrews y Harvey (1981)	neurosis	81	0.72
Andrews, Guitar y Howie (1990)	tartamudeo	29	1.30
Asay, Lambert, Chistersen y Beutler (1984)	demanda de varios centros de salud mental	8	0.82
Balestrieri, Williams y Wilkinson (1988)	misceláneo	11	0.22
Barker, Funk y Houston (1988)	misceláneo	17	1.25
Benton v Schroeder (1990)	esquizofrenia	23	0.70
Blanchard, Andrasik, Ahles, Teders y O,Keefe (1980)	cefalea	35	40-80%
Bowers y Clum (1988)	terapia de conducta	69	0.76
Christersen, Hazli-Pavlovic, Andrews y Mattick (1987)	terapia de conducta	10	1.16
	control	4	0.04
Crits-Cristoph (1992)	terapia dinámica breve	11	86% 50%
Dush, Hirt y Schroeder (1983)	modif. autoafirmación	69	0.74
Giblin, Sprenkle y Sheehan (1985)	terapia familiar	85	0.44
Hahlweg y Markman (1988)	terapia. de pareja conductista	17	0.95
	intervención premarital	7	0.79
Hazelrigg, Cooper y Borduin (1987)	terapia/interacción fam	7	0.45
	autocalificación	6	0.50
Hill (1987)	tratamiento paradójico	15	0.99
Holroyd (1990)	cefalea/biofeedback	22	47.3%
Laessle, Zoettle y Pirke (1987)	bulimia	9	1.14
Landman y Dawes (1982)	misceláneo	42	0.90
Lyons y Woods (1991)	terapia. racional emotiva	70	0.98
Markus, Lange y Pettigrew (1990)	terapia de familia	10	0.70
Miller y Berman (1983)	terapia cognitivo-conductual	38	0.83
Nicholson y Bergman (1983)	neurosis	47	0.70
Prouf y De Martino (1986)	terapias de escuela	33	0.58
Quality Assurance Project (1984)	esquizofrenia	5	0.00

Shapiro y Shapiro (1982)	misceláneo	143	1.03
Shoham-Salomon y Rosental (1987)	tratamiento paradójico	10	0.42
Smith, Glass y Miller (1980)	misceláneo	475	0.85
Svartberg y Stiles (1980)	terapia dinámica breve	7	55%
	no tratamiento	7	45%
Wampler (1982)	comunicación marital	20	0.43
Weisz, Weiss, Alicke y Klotz (1987)	adolescentes	108	0.79

Cuadro 4: Razones para el desarrollo del movimiento ecléctico-integrador
Norcross y Arkowitz (106)

- 1.- El resultado equivalente de las diferentes terapias
- 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 mas 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

Cuadro 5: Porcentaje de eclécticos en estudios en EEUU (106)

Estudio	%	n	Terapeutas
Jensen, Bergin & Graves (1990)	68	423	psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales y terapeutas de grupo y familia
Larson (1980)	65	398	Psicoterapeutas
Garfield & Kurtz (1975)	55	855	psicólogos clínicos
Jayaratne (1978)	55	489	trabajadores sociales clínicos
Watkins, López, Campbell & Himmell (1986)	40	579	psicólogos <i>counselors</i>
Norcross, Kirtland & Missar (1988)	38	710	psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales
Norcross, Prochaska & Gallagher (1989)	29	579	psicólogos clínicos

Cuadro 6: AGRUPACIÓN DE FACTORES COMUNES ESTUDIADOS POR 50 AUTORES (106)

- 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)

CUADRO 7: listado de factores terapéuticos comunes entre las diversas terapias que se han asociado con resultados positivos (126)

de apoyo	de aprendizaje	de acción
*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	*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	*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

- 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 (ponerse en el lugar del otro)
- 7.- Sugestión
- 8.- Modificación del entorno significativo del paciente (incluye reglas, estructuras, pautas disfuncionales...)

CUADRO 8. CARACTERIZACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA: FACTORES TERAPÉUTICOS (178)

Variable	Indicación de tratamiento (a)	
	farmacológico	psicoterapia
critérios DSM-III- R de depresión mayor		
humor depresivo	signos vegetativos prominentes; alteración extrema o incontrolada	alteración media, leve o caracterológica
alteración del peso	importante	menos importante
alteración del sueño	despertar precoz	hipersomnía, pesadillas
agitación psicomotriz	hiperactividad o retardo	inquietud o sentimientos de enlentecimiento
fatiga o anergia	estupor depresivo	falta de motivación, abulia
baja autoestima o culpa	delirios o alucinaciones	autoinculpación, autorreproches
dificultades de concentración y pensamiento	descontrol del pensamiento, rumiaciones, incapacidad de concentración	distractibilidad, indecisión, cogniciones negativas
ideas de muerte o suicidio	episodios agudos incontrolados o planes suicidas (b)	sentimientos crónicos de desesperanza y desamparo (c)
Rasgos asociados	ataques de pánico o fobias, delirio paranoide, pseudodemencia síntomas o delirios somáticos	aislamiento social, miedo al fracaso o al rechazo, quejas somáticas o hipocondría
Historia familiar	carga genética (bi o unipolar)	no carga genética (distimia)
Factores predisponentes	otros trastornos (esquizofrenia, alcoholismo, anorexia...)	estresores psicosociales, pérdidas, cambios de estatus o rol
Trastornos de la personalidad	límite, histriónico, obsesivo	dependiente, inadecuado, masoquista

(a) No son categorías excluyentes

(b) Puede requerirse, además, hospitalización

(c) la medicación puede ser también útil

CUADRO 10: VARIABLES SELECTIVAS Y NO SELECTIVAS PARA LA PSICOTERAPIA DE LA DEPRESIÓN. Karasu TB (154)

VARIABLES NO SELECTIVAS	VARIABLES SELECTIVAS		
	PSICODÍNAMICA	COGNITIVA	INTERPERSONAL
Sentimientos de desesperanza y desamparo	sentimiento crónico de vacío y minusvalía personal	Pensamientos claramente distorsionados acerca de sí mismo del mundo y del futuro	Disputa reciente con conyuge u otro significativo
Apatía, dishedonia	pérdidas o separaciones largas en la niñez	pensamiento pragmático (lógico)	Problemas sociales o de comunicación
expectativas e ideales inalcanzables	conflictos en relaciones pasadas (padres, compañeros sexuales...)	insuficiencias reales (incluido fracaso en otras psicoterapias)	Transición o cambio reciente en la vida
hipersomnía, pesadillas	capacidad de <i>insight</i>	necesidad de guía moderada o alta	Reacción de duelo anormal
sentimientos de inquietud o enlentecimiento	capacidad de modular la regresión	respuesta a entrenamiento conductual y autoayuda (alto grado de autocontrol)	Necesidad de guía modesta o moderada
abulia y apatía	acceso a sueños y fantasías		Respuesta a la manipulación ambiental (existe red social)
culpa, baja autoestima	poca necesidad de dirección		
distraibilidad, alteración del pensamiento	entorno estable		
deseos o intenciones de muerte			
aislamiento social, temor al fracaso o rechazo			
quejas somáticas o hipocondría			

