



Facultat de Psicologia
 Departament de Personalitat, Avaluació
 i Tractament Psicològics

LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA: CARACTERÍSTICAS Y MODELOS

Arturo Bados López

**Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos
 Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona**

21 de octubre de 2008

DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.....	2
ACTIVIDADES DE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS	3
Evaluación.....	3
Tratamiento, prevención e intervención.....	3
Investigación	6
Enseñanza.....	6
Asesoramiento.....	6
Dirección y gestión.....	7
NIVELES DE INTERVENCIÓN	7
Intervención en pareja o familia.....	8
Intervención en grupo.....	8
Intervención en la comunidad	10
MODELOS DE INTERVENCIÓN	10
Modelo médico u orgánico.....	11
Modelo comunitario	11
Modelos psicodinámicos	13
Modelos fenomenológicos	18
Modelos sistémicos	24
Modelos conductuales y cognitivo-conductuales.....	28
FACTORES DIFERENCIALES ENTRE LOS DIVERSOS MODELOS DE INTERVENCIÓN	34
FACTORES COMUNES A LAS DISTINTAS ORIENTACIONES.....	36
ECLECTICISMO E INTEGRACIÓN	38
Tipos de eclecticismo y niveles de integración.....	39
Obstáculos para la integración	41

ÁREAS DE APLICACIÓN	42
REFERENCIAS	47

DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

La intervención psicológica consiste en la aplicación de principios y técnicas psicológicos por parte de un profesional acreditado con el fin de ayudar a otras personas a comprender sus problemas, a reducir o superar estos, a prevenir la ocurrencia de los mismos y/o a mejorar las capacidades personales o relaciones de las personas aun en ausencia de problemas. **Ejemplos:** ayudar a una persona a reducir sus obsesiones, a una familia conflictiva a comunicarse mejor, a unos niños de un medio desfavorecido para prevenir el aumento de conductas agresivas incipientes, a adolescentes normales a mejorar sus habilidades de relación heterosexual. En general, los campos de aplicación de la intervención psicológica son muy variados: clínica y salud, educación, área laboral, programas comunitarios, deporte.

La **psicología clínica y de la salud** ha sido definida como aquella especialización de la psicología que aplica los principios, técnicas y conocimientos científicos desarrollados por esta para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y/o prevenir las anomalías o los trastornos mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que estos puedan tener lugar (Colegio Oficial de Psicólogos, 1998). Los fenómenos que constituyen el centro de atención de la psicología clínica y de la salud son los trastornos mentales o del comportamiento (correspondan o no a criterios diagnósticos pre-establecidos), cualquier otro tipo de comportamiento (normal o patológico) que afecte a la salud y los procesos y estados de salud y bienestar.

La terapia psicológica (psicoterapia) es una parte de la psicología clínica y de la salud. Bernstein y Nietzel (1980/1988, pág. 320) **han definido la terapia psicológica** del siguiente modo:

1. La **terapia psicológica** consiste en una **relación interpersonal** entre por lo menos dos participantes, uno de los cuales (el terapeuta) tiene un **entrenamiento y experiencia especial** en el manejo de los problemas psicológicos.
2. El otro participante es un cliente que experimenta algún **problema en su ajuste emocional, conductual o interpersonal** y ha pasado a formar parte de la relación (terapéutica) con el fin de resolver su problema.
3. La relación psicoterapéutica es una alianza de ayuda, pero con **propósitos bien definidos**, en la cual se utilizan varios **métodos, en su mayor parte de naturaleza psicológica**, con el objeto de provocar los cambios que el cliente desea y el terapeuta aprueba.
4. Estos **métodos se basan en alguna teoría formal** acerca de los problemas psicológicos en general y de la queja específica del paciente en particular.
5. **Independientemente de las inclinaciones teóricas, la mayoría de los terapeutas emplean varias técnicas de intervención:** fomentar el *insight*, reducir el sufrimiento emocional, fomentar la catarsis, proporcionar información nueva, diseñar tareas fuera de la terapia y aumentar la fe de los clientes y sus expectativas de lograr cambios.

Algunos autores han añadido que para poder hablar de **terapia psicológica**, esta debe estar

basada en una teoría científica de la personalidad, de sus trastornos y de la modificación de estos, y debe presentar evaluaciones empíricas de sus efectos, positivos y negativos (Huber, citado en Ávila, 1994, pág. 16). Esto es especialmente importante porque ya Parloff (citado en Ávila, 1994, pág. 18) dijo: "No hay forma de psicoterapia que haya sido iniciada sin pregonar que tiene ventajas terapéuticas únicas. Pero ninguna forma de psicoterapia ha sido abandonada a causa de su fracaso en cumplir lo que pregona".

La intervención psicológica formal no es sólo llevada a cabo por psicólogos clínicos, sino también por **psiquiatras** y, según los países, los **trabajadores sociales**, los **consejeros religiosos**, los **consejeros matrimoniales** y las **enfermeras psiquiátricas**. Por otra parte, no son sólo los profesionales los que brindan asistencia psicológica, sino que puede darse la participación de **paraprofesionales** más o menos entrenados (voluntarios, ex-pacientes, padres, maestros) bajo la supervisión de un profesional.

ACTIVIDADES DE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS

Un psicólogo clínico se dedica a una o más de las siguientes actividades: **evaluación, tratamiento/prevención/intervención, investigación, enseñanza, asesoramiento y dirección/gestión** (Bernstein y Nietzel, 1980/1988; Colegio Oficial de Psicólogos, 1998; Kendall y Norton-Ford, 1982/1988).

EVALUACIÓN

En el proceso de evaluación, el psicólogo clínico trata de **identificar, especificar y cuantificar las conductas, capacidades, problemas, recursos y limitaciones de una o más personas así como las variables personales y ambientales que los mantienen**, con la finalidad de **explicar y modificar el comportamiento** o llevar a cabo cualquier tipo de análisis o intervención psicológica: **diagnóstico** (p.ej., a nivel clínico, pericial o institucional), **pronóstico** (predecir la evolución de un problema o la respuesta a cierta intervención), **orientación** (aconsejar cierto tipo de terapia o de carrera, ayudar a una pareja a decidir si se separa o no), **selección** (elegir o no a una persona para un determinado tratamiento a investigar, para cierto trabajo o para otorgarle ciertos permisos como el de armas o conducción de automóviles), **valoración de los resultados conseguidos con la intervención**.

De cara a conseguir los objetivos de la evaluación, se dispone de una serie de **métodos básicos**: entrevista (al cliente y a otras personas), cuestionarios y escalas (al cliente y a otras personas), autoobservación, observación, pruebas cognitivas objetivas, registros psicofisiológicos, pruebas médicas, datos de archivo/documentos históricos.

TRATAMIENTO, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

En esta actividad, el psicólogo **ayuda a otras personas a comprender sus problemas, a reducir o superar estos, a prevenir la ocurrencia de los mismos o a mejorar las capacidades personales**. En este último caso, se emplea el nombre general de intervención más que el de tratamiento, el cual se reserva para aquellos casos en que el objetivo es resolver problemas presentes.

Posibles **ejemplos** de este tipo de actividad son: ayudar a una persona a reducir su estado de ánimo deprimido, a una pareja conflictiva a comunicarse mejor y saber negociar entre ellos, a una persona a manejar su dolor crónico, a unos niños de un medio desfavorecido para prevenir el au-

mento de conductas agresivas incipientes, a una institución de ancianos a cambiar su funcionamiento, a unos adolescentes a mejorar sus habilidades sociales, al público en general para que adquiriera o fomenta ciertos hábitos de salud, etc.

Se suele distinguir entre: a) **Prevención primaria:** intervención dirigida a evitar la aparición de problemas (trastornos de ansiedad, drogadicción, SIDA, embarazos no deseados, trastornos cardiovasculares, etc.). La prevención primaria debe distinguirse de la *promoción de la salud*, en la cual la intervención se dirige a enseñar o potenciar repertorios saludables con el objetivo de mantener la salud y mejorar la calidad de vida. b) **Prevención secundaria:** intervención dirigida a identificar los problemas en la fase más temprana posible y a actuar lo más pronto que se pueda sobre los mismos para que no se agraven. c) **Tratamiento:** intervención sobre problemas ya consolidados. d) **Prevención terciaria:** intervención dirigida a prevenir recaídas en un problema ya tratado o a evitar complicaciones posteriores de problemas crónicos o mejorar la calidad de vida de las personas que los padecen. La prevención terciaria incluye el concepto clásico de rehabilitación.

Se ha criticado la anterior clasificación de tipos de prevención y se ha dicho que sólo debería hablarse de **prevención** en el caso de la prevención primaria. El **tratamiento** haría referencia a la intervención sobre problemas incipientes o establecidos y el término de prevención terciaria quedaría sustituido por el de **mantenimiento**. Dentro de esta nueva óptica se han distinguido tres tipos de prevención: a) **Universal:** dirigida a la población en general sin que las personas hayan sido seleccionadas por tener algún factor de riesgo para el trastorno que se quiere prevenir. b) **Selectiva:** dirigida a personas que tienen un riesgo mayor que otras personas de desarrollar el trastorno. c) **Indicada:** dirigida a personas de alto riesgo que ya presentan manifestaciones subclínicas precursoras del trastorno o en las que se ha detectado algún marcador biológico que predisponga al mismo. La prevención indicada se conoce también con el nombre de **atención temprana** (Tortilla-Feliu, 2002).

Existen diversos tipos de intervención: psicoanálisis, terapia psicodinámica, terapia de conducta, terapia cognitivo-conductual, análisis transaccional, terapia sistémica, etc. La intervención psicológica puede realizarse **con individuos, parejas, familias, grupos y comunidades**.

Lugares de intervención. La intervención puede llevarse a cabo en centros de salud mental, servicios hospitalarios de psiquiatría, servicios psiquiátricos de especialidades médicas (Medicina Interna, Reumatología, Rehabilitación, Hematología, Unidades de Dolor y de Cuidados Paliativos, etc.), centros municipales de promoción de la salud, centros de tratamiento de drogodependencias, centros educativos, centros de atención psicopedagógica, instituciones para retrasados mentales, centros de asistencia al menor, instituciones penitenciarias, residencias de ancianos, centros de acción social, centros de rehabilitación de inválidos, equipos deportivos, centros militares, empresas, asociaciones de afectados (p.ej., ludopatía, anorexia/bulimia, agorafobia, cáncer) y práctica privada.

La intervención psicológica puede aplicarse **para alcanzar metas más o menos limitadas o ambiciosas:** resolver conflictos inconscientes (enfoque psicoanalítico), ayudar a aceptarse a sí mismo (terapia no directiva), integrar sentimientos conflictivos (terapia gestalt), encontrar un significado a la vida (psicoterapia existencial), modificar creencias negativas (terapias cognitivas), lograr comportamientos adaptativos (terapia de conducta) o conseguir combinaciones de estos objetivos (enfoques eclécticos). Aunque estos son objetivos característicos de cada una de las orientaciones terapéuticas citadas, no se infiere de aquí que no puedan ser conseguidos por otras orientaciones.

La intervención puede aplicarse en **régimen ambulatorio o de internado** y ser conducida por **uno o más psicólogos** constituidos en equipo. Puede durar desde una o unas pocas sesiones

(p.ej., en situaciones de crisis o asesoramiento) hasta varios años, aunque lo más frecuente es que se extienda de **5 a 50 sesiones de alrededor de 1 hora** (2-2,5 horas, si el tratamiento es en grupo) **y de frecuencia semanal**. El número de sesiones depende del tipo y número de problemas y de la gravedad de los mismos. Las sesiones pueden ser desde **poco o nada hasta muy estructuradas** y en ellas predominar la participación del paciente o del terapeuta. La terapia puede basarse principalmente en la **relación o apoyarse también en ciertas técnicas**. Puede ser **gratuita o más o menos onerosa** y sus **resultados** suelen ser positivos. De todos modos, al menos un tercio de los pacientes no acepta o abandona el tratamiento, un porcentaje significativo (variable según los trastornos) de los que lo siguen no cambian, algunos empeoran y entre los que mejoran, las recaídas se dan con una cierta frecuencia, mayor o menor según los trastornos.

La intervención puede ser aplicada **presencialmente o a través de medios como el teléfono, correo, ordenador o internet** (*e-mail*, videoconferencia, *chat*). Esta forma no presencial puede ser también complementaria a la terapia presencial, en cuyo caso parece especialmente beneficiosa. El cumplimiento del tratamiento mejora cuando se utiliza internet para apoyar la realización de las actividades (especialmente en trastornos crónicos); este apoyo puede ser proporcionado por el terapeuta, pero también por otros pacientes (comunidad virtual).

La intervención no presencial por sí sola es útil cuando el cliente: a) tiene dificultades físicas o geográficas para acudir a la consulta del profesional o su problema se lo impide (p.ej., agorafobia o fobia social graves), b) quiere seguir la terapia con el mismo terapeuta, pero debe ausentarse por traslado u otras causas, c) desea un anonimato mayor o total, d) es capaz de comunicarse eficazmente a través de los medios técnicos citados, e) posee los recursos para manejar sus problemas con el apoyo no presencial, f) presenta un trastorno no muy grave, g) desea simplemente hacer una consulta o solicitar asesoramiento psicológico. Aparte de las ventajas implicadas en lo que se acaba de decir, la terapia no presencial facilita una comunicación más frecuente y rápida (con la excepción del correo postal), favorece la autorrevelación al no estar presente el terapeuta y puede ser el primer paso antes de decidirse a realizar una terapia presencial.

La intervención no presencial también tiene desventajas: a) se pierde parcial o totalmente la comunicación no verbal, b) disminuye la espontaneidad y naturalidad, c) se requiere una gran habilidad en la comunicación escrita para establecer una buena relación terapéutica, d) aumenta la dificultad para evaluar con exactitud lo que le pasa al cliente cuando se emplean sólo medios escritos y/o hay una pérdida de comunicación no verbal, e) si se emplean únicamente medios escritos, se transmite menos información y de forma más lenta, f) es más difícil enseñar técnicas terapéuticas y controlar la marcha del tratamiento, g) especialmente en el caso de internet, existe el problema de que otras personas puedan acceder a la información transmitida, por lo que hay que adoptar las debidas precauciones. El Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña ha elaborado unas recomendaciones para la intervención psicológica mediante internet (Comisión Deontológica del COPC, 2001).

Por otra parte, existen **programas de autoayuda** que se basan en manuales (y, a veces, en otro material de apoyo como cintas de vídeo y magnetofónicas o programas de ordenador) y en algunos contactos telefónicos o por correo (postal, electrónico) con el terapeuta. Se han obtenido resultados relativamente satisfactorios con programas de este tipo dirigidos a trastornos fóbicos, de pánico y obsesivo-compulsivo, insomnio, pesadillas recurrentes y depresión (Echeburúa y de Corral, 2001; Marks et al., 2003). Los programas de autoayuda con mínimo o nulo contacto directo con el terapeuta y poco contacto no presencial (hasta 3 horas en total de contacto telefónico, postal o por internet) están especialmente indicados cuando el trastorno no es muy grave y los clientes no pueden acceder a un tratamiento formal con un terapeuta por razones geográficas o económicas. Sin embargo, existen discrepancias sobre si los resultados son similares o inferiores a cuando el terapeuta ayuda al cliente durante el tratamiento y/o supervisa directamente (o, quizá, por teléfono) la marcha del tratamiento. Además, con los programas de autoayuda puede aumentar

el número de personas que no aceptan o abandonan el tratamiento. Finalmente, **no parecen funcionar los programas de autoayuda puros** (biblioterapia) sin ninguna guía presencial o no presencial (teléfono, correo) por parte del terapeuta (Febbraro et al., 1999; Fletcher et al., 2005).

INVESTIGACIÓN

Algunos psicólogos clínicos se dedican a la investigación clínica. Las **formulaciones teóricas y los procedimientos de evaluación e intervención son empíricamente evaluados**, es decir, se valora su adecuación o eficacia utilizando una **metodología científica** (de tipo experimental cuando es posible). Sin embargo, muchas investigaciones siguen presentando serias dificultades metodológicas.

Aunque algunos psicólogos siguen basándose únicamente en estudios de casos y en impresiones subjetivas, **lo deseable es tener en cuenta los resultados de la investigación clínica**, especialmente la realizada en circunstancias que resaltan su validez externa. **Esto no es óbice para reconocer que la propia práctica clínica proporciona ideas** para refinar y mejorar los procedimientos experimentalmente evaluados y que deben tomarse múltiples decisiones con relación a aspectos que no han sido investigados o no lo han sido suficientemente.

Ejemplos de investigaciones importantes pueden ser la construcción y validación de pruebas psicométricas, el estudio de las causas y consecuencias de los trastornos psicológicos, la comparación de tratamientos psicológicos y farmacológicos de distintos trastornos (p.ej., depresión), el estudio de la eficacia de determinadas estrategias para mantener los resultados del tratamiento, el análisis de la eficacia de ciertos tratamientos con menor participación del terapeuta, el estudio de la relación entre ciertas características y comportamientos del terapeuta y los resultados del tratamiento, la eficacia comparativa de tratamientos estandarizados e individualizados, la determinación del valor pronóstico de determinadas variables, el estudio de los mecanismos responsables de la eficacia de un determinado tratamiento, etc.

ENSEÑANZA

Esta actividad es común en los psicólogos clínicos empleados en **universidades**. Pero también es frecuente que sea llevada a cabo por psicólogos en otras **instituciones y centros privados**. Materias que pueden impartirse son psicopatología, evaluación, terapia de conducta, psicoterapia dinámica, psicología clínica, psicología de la salud, personalidad, etc.

La enseñanza no se limita a estudiantes de psicología, sino que incluye a psicólogos en ejercicio, a otros profesionales (como médicos, enfermeras, trabajadores sociales, maestros, policías) y al público en general. Pueden darse cursos sobre autoafirmación, sexualidad, comunicación en la pareja y formas de hacer frente a la tensión, entre otros temas.

Un tipo especial de enseñanza es la **formación de futuros psicólogos clínicos y la supervisión sistemática**, individual o en grupo, de los casos que llevan y de las investigaciones que realizan. Esto requiere el empleo de instrucciones (y, si es posible, modelado), práctica, retroalimentación (verbal y mediante grabaciones) y reforzamiento.

ASESORAMIENTO

Se refiere a la **ayuda y asesoramiento que el psicólogo puede ofrecer a organizaciones de**

distintos tipos: Instituto Nacional de Salud, compañías sanitarias privadas, escuelas, centros de asistencia primaria, hospitales, cárceles, centros para drogodependientes, grupos de autoayuda, unidades de geriatría, juzgados, etc. **El asesoramiento puede ser solicitado también por personas** que trabajan en estas organizaciones o en centros privados y que desean mejorar su trabajo o resolver ciertos problemas planteados en el mismo.

El asesoramiento puede ser de distintos tipos. El psicólogo puede **tratar directamente o aconsejar cómo se puede manejar un caso problemático** sobre el que se le ha consultado (tratamiento más aconsejable para un paciente, posibilidad de libertad condicional para un preso, concesión de la tutela de un menor a uno u otro padre). Puede **reunirse periódicamente con los miembros de una institución para discutir métodos de manejo de los problemas que se presentan con los pacientes, clientes o personal**. En vez de centrarse en casos concretos, puede **dirigirse a los aspectos de la organización que están provocando los problemas**; así, puede elaborar un plan de evaluación para valorar los servicios de un centro de acogida de menores o puede diseñar un plan para favorecer la congruencia en la aplicación del tratamiento entre diferentes turnos de personal de un hospital.

El trabajo de asesoramiento o consultoría no es fácil porque el **psicólogo es visto por el resto del personal como un extraño y, a veces, como un intruso**. Esto puede conducir a una falta de colaboración o a una manipulación de la información por parte de las personas que ven amenazados sus empleos o consideran que se pone en duda su eficacia. El psicólogo puede convertirse en un chivo expiatorio al que se echarán todas las culpas caso de que lo que propone no funcione, aunque esto sea debido a la interferencia o sabotaje de parte del personal.

DIRECCIÓN Y GESTIÓN

Se refiere a la **dirección y gestión de un organismo o institución** e incluye **funciones como** organización de recursos, coordinación de actividades del personal, distribución del presupuesto, toma de decisiones sobre la marcha de la institución, redactar informes para las autoridades, presidir reuniones, manejo de conflictos entre el personal, contratación y despido de personal, trato con otros directivos, recibir a visitantes importantes, representar a la institución en reuniones y ante el gran público, delegar responsabilidades en personas o comités, etc. Un psicólogo puede formar parte de uno de estos comités y ejercer también así funciones gestoras.

Como **ejemplos de puestos directivos**, un psicólogo puede ser director de un departamento universitario de psicología, de un programa de postgrado en psicología clínica, de un centro de asesoramiento para estudiantes, de un servicio de consulta externa en un hospital, de un centro de salud mental, etc.

NIVELES DE INTERVENCIÓN

La intervención psicológica puede llevarse a cabo a distintos niveles: individual, parejas, familias, grupos y comunidades. Los distintos niveles no son excluyentes; así, puede combinarse el tratamiento en grupo con sesiones de asistencia individual. El **nivel individual** es uno de los más frecuentes, si no el que más. El psicólogo trabaja con una persona de modo exclusivo o casi exclusivo para ayudarle a reducir o superar un trastorno, eliminar o reducir comportamientos de riesgo, adquirir o potenciar hábitos saludables, afrontar una enfermedad crónica, etc. El resto de niveles se explican a continuación.

INTERVENCIÓN EN PAREJA O FAMILIA

Está recomendado cuando el **problema es de dos o más miembros**, y no sólo del supuesto paciente, y los mencionados miembros **están dispuestos a participar** en la terapia. Esto último es siempre lo más recomendable.

En la terapia de pareja y familiar **se busca que** los miembros implicados: a) se den cuenta de su propia contribución al problema y de los cambios positivos que pueden realizar, y b) mejoren sus pautas de comunicación e interacción de cara a la resolución del problema. La terapia en pareja o familia puede ser **precedida, seguida o acompañada de terapia individual** para alguno de los miembros, cuando estos presentan algún problema que no está relacionado con el sistema.

La **terapia de pareja puede estar indicada cuando** hay conflictos de valores, creencias, estilos de vida o metas, o cuando hay problemas en las áreas de comunicación, afecto, fidelidad, educación de los hijos, manejo del dinero, sexo, autonomía personal o dominio-sumisión.

La **terapia de familia puede estar indicada cuando** hay problemas de comunicación, crisis familiares o problemas de algún miembro de la familia mantenidos por los patrones de interacción en esta.

INTERVENCIÓN EN GRUPO

Esta modalidad de tratamiento depende de que se pueda contar con varias personas que presenten **problemas similares** (p.ej., trastorno de pánico) **o tengan un objetivo común** (p.ej., aprender habilidades de cuidado y educación de los hijos) y cuyas características no les impidan la participación en el grupo o incidan negativamente en el funcionamiento de este. Siempre que sea posible, parece **recomendable conducir un tratamiento en grupo**, ya que, en general, es al menos igual de eficaz que el individual y presenta además una serie de ventajas adicionales. También hay posibles inconvenientes que es necesario conocer para poder manejarlos caso de que surjan.

Posibles **ventajas de los grupos:**

a) Descubrir que los propios problemas no son únicos, b) mayores expectativas de mejora, c) disponer de varios modelos, puntos de vista y fuentes de información y retroalimentación, d) mayor credibilidad de los puntos de vista acordados entre todos o suscritos por una mayoría, e) aumento de la motivación debido al apoyo y presión del grupo, al compromiso público delante de este y a la observación de los progresos de los otros.

f) Posibilidad de ayuda mutua dentro y fuera de las sesiones, g) facilitación de la independencia respecto al terapeuta y de la confianza en los propios recursos, h) desarrollo de habilidades sociales, i) sentirse parte de algo que se valora (cohesión; los miembros de los grupos cohesivos se aceptan bien entre sí, se apoyan y están más dispuestos a escuchar, participar y dejarse influir por los otros), j) potenciación de la liberación emocional.

k) Aprendizaje de nuevas reglas básicas de la vida (esta es a veces injusta, no es posible escapar de las penas y de la muerte, hay que afrontar los problemas), l) aprendizaje de nuevos comportamientos, creencias y sentimientos en áreas que fueron problemáticas desde la niñez o adolescencia (dependencia, rebelión sistemática ante la autoridad, rivalidad), m) ahorro de tiempo y esfuerzo por parte del terapeuta, y n) se trata a más personas y a un menor costo.

Posibles inconvenientes de los grupos:

a) La dinámica del grupo puede escapar al control del terapeuta, b) modelos de comportamientos negativos que pueden contagiarse, c) consejos e información inadecuados por parte de miembros del grupo, d) celos del progreso de otros o desmotivación al comparar los propios avances con los de los demás, e) ansiedad creada por la situación de grupo (especialmente en fóbicos sociales graves).

f) Pérdida de la flexibilidad necesaria para solucionar problemas individuales (en estos casos habrá que combinar el tratamiento grupal con el individual o llevar a cabo sólo este último), y g) puede llegar a crearse un grado de cohesión tal dentro del grupo que algunas personas pueden solucionar sus necesidades afiliativas básicas con un mínimo de esfuerzo y dentro del mismo grupo sin necesidad de establecer otras relaciones interpersonales.

El **tratamiento grupal no es adecuado para pacientes prolijos, agresivos, paranoides, narcisistas, no motivados o que requieren una gran atención**, ya que no se van a beneficiar del grupo o van a retrasar o impedir el progreso de este. Similarmente, otros pacientes inadecuados para el tratamiento en grupo pueden ser los **fóbicos sociales graves** (estarán tan ansiosos que no cumplirán el tratamiento o lo abandonarán), los **depresivos graves** (no se van a implicar y pueden desmoralizar a los demás) y los que **siguen abusando de los fármacos psicotropos, drogas y/o alcohol cuando desean tratar otros problemas** (el abuso puede interferir con la resolución de dichos problemas).

El **tamaño del grupo puede ser de 5-7 personas, aunque ha llegado hasta 12**. El grupo debe ser lo suficientemente amplio como para facilitar el contacto con varias personas, pero no tanto como para dispersar la atención del terapeuta, dificultar o trivializar las interacciones del grupo o favorecer la aparición de miembros *aislados*. Es buena idea contar con un **coterapeuta**, que puede ser un paraprofesional, ya que el trabajo para un solo terapeuta es difícil y cansado. **Para grupos más grandes** de 6 personas es buena idea contar con un **coterapeuta**.

Las sesiones de grupo suelen durar alrededor de **2-2,5 horas**, en vez de los 50-60 minutos de las individuales, pero pueden reducirse a 30-45 minutos con aquellas personas que presentan dificultades de concentración (p.ej., pacientes con esquizofrenia o deficiencia mental). Se recomienda que los **clientes sean similares en ciertas características importantes** (nivel sociocultural, intervalo amplio de edad) y que el grupo esté relativamente equilibrado en cuanto a variables como sexo y gravedad del problema abordado. Si una persona difiriera marcadamente del resto, podría abandonar el tratamiento. De todos modos, no hay datos claros al respecto.

Para que un grupo funcione, tiene que **conocer y cumplir ciertas normas**: consentimiento voluntario, asistencia a las sesiones, puntualidad, participación en el grupo, respeto a las intervenciones y opiniones de los otros, confidencialidad de lo tratado en el grupo y realización de las actividades entre sesiones.

El **terapeuta no debe ejercer el papel de un líder autoritario, pero tampoco permitir** que el grupo vaya a su libre albedrío perdiendo de vista los objetivos de la terapia y la forma más eficaz de conseguirlos. **Labores del terapeuta** son establecer las normas de funcionamiento del grupo, velar por su cumplimiento, moderar las intervenciones y controlar los factores que pueden perturbar el funcionamiento del grupo y la consecución de las metas propuestas (clientes prolijos, retroalimentaciones inadecuadas, formación de subgrupos, chivos expiatorios, etc.). Algo que conviene conocer al respecto son los **roles que surgen dentro de los grupos**, tal como puede verse en **Kendall y Norton-Ford (1982/1988, págs. 636-638)**.

INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD

Mientras que en las intervenciones individuales o en grupo se ayuda a una o unas pocas personas, en las intervenciones en la comunidad se trata de **modificar el medio en el que viven las personas con la finalidad de ayudar a muchas personas a prevenir o resolver problemas o adquirir nuevas capacidades**. Hay dos formas básicas de modificar el medio físico y social: **introducir cambios en instituciones y programas existentes** (hospitales, escuelas, centros de salud mental, prisiones) o **crear nuevos servicios y programas** (pisos protegidos, grupos de autoayuda para padres que maltratan a sus hijos, programas de prevención del infarto, redes de apoyo social para personas mayores o solas).

Aunque las habilidades clínicas (p.ej., las de comunicación interpersonal y resolución de problemas) son igualmente útiles para las intervenciones comunitarias, estas requieren además una **competencia para entenderse con las organizaciones sociales**.

Las intervenciones comunitarias tienen varios peligros de los que conviene ser consciente: a) la intervención puede satisfacer no tanto los objetivos de los miembros de la comunidad, sino los de la clase dirigente política y económica (clase alta y media-alta); b) la intervención puede ir dirigida simplemente a cubrir un expediente sin que haya una intención verdadera de cambiar las cosas (p.ej., ciertos programas de reinserción); c) la intervención puede estar muy centrada en los efectos a corto plazo, olvidando los efectos a largo plazo y las posibles repercusiones de la intervención en distintos sectores sociales.

Por último, **el fracaso de una intervención comunitaria tiene mayores repercusiones que las de una intervención con individuos, familias o grupos**. Los posibles efectos perjudiciales pueden afectar a más personas y además influir negativamente en la puesta en marcha o continuación de otras intervenciones comunitarias que verán disminuir o desaparecer sus recursos.

MODELOS DE INTERVENCIÓN

Existen **diferentes modelos teóricos que varían en diversos aspectos importantes** tales como: forma de concebir la conducta normal y anormal y los trastornos psicológicos, variables relevantes en el desarrollo y mantenimiento de dichas conductas y trastornos, relaciones existentes entre dichas variables, modos de recoger los datos pertinentes, objetivos a conseguir con la intervención y modo de llevar a cabo esta.

Un modelo permite organizar la información adquirida, facilita la comunicación con otros profesionales que siguen el mismo modelo y es una guía que orienta la toma de decisiones del clínico y la investigación. Sin embargo, un modelo también puede constituir una **fuerza de problemas**. Por ejemplo, cuando se generaliza en exceso intentando explicarlo todo con un modelo que ha sido validado sólo con ciertos comportamientos o cuando el modelo lleva a buscar sólo ciertos aspectos en detrimento de otros que pueden ser tanto o más importantes. Además, el lenguaje propio de cada modelo dificulta la comunicación con los seguidores de otros modelos, con lo cual es difícil entenderse; de modo que se pueden estar diciendo las mismas cosas con distintas palabras o expresando diferentes significados con los mismos términos.

En resumen, tener un modelo como referencia puede ser útil, pero esto debe complementarse con la comprensión de los otros puntos de vista y el aprecio de sus aportaciones. En general, parecen **poco útiles los modelos inflexibles**, incapaces de incorporar nuevos elementos en principio útiles, y **los modelos formulados de tal manera que no permiten su investigación empírica**

controlada o que, caso de permitirla, no es llevada a cabo o que, si lo es, sus resultados no son tenidos en cuenta para modificar el modelo.

Existen **distintos tipos de orientaciones terapéuticas**. A continuación se presentará el modelo médico u orgánico y el comunitario y después los modelos dinámicos, fenomenológicos, sistémicos y conductuales (incluyendo los cognitivo-conductuales). Luego, se abordará la cuestión de los factores comunes entre los modelos y la posible integración de estos modelos. Posibles referencias de consulta son Bernstein y Nietzel (1980/1988), Bongar y Beutler (1995), Carroble (1985), Corey (1996a, 1996b), Feixas y Miró (1993), Garrido y García (1994), Gurman y Messer (1995), Kendall y Norton-Ford (1982/1988), Linn y Garske (1985/1988), Martorell (1996), Pérez (1996) y Rosa, Olivares y Méndez (2004). Finalmente, se abordará la cuestión de los modelos integradores.

MODELO MÉDICO U ORGÁNICO

La conducta anormal se considera el resultado de alteraciones biológicas heredadas o adquiridas, estructurales o funcionales, que afectan al sistema nervioso; se considera que la etiología básica es de tipo orgánico. El **tratamiento** a seguir sería **de tipo médico** (fármacos, psicocirugía, terapia electroconvulsiva).

En medicina se distinguen **tres tipos de trastornos o enfermedades**:

- **Infecioso.** Causado por bacterias o virus. Ejemplos serían la gripe, la hepatitis, ciertas úlceras, el SIDA. En el campo psicológico, algunas conductas patológicas asociadas con la parálisis general progresiva causada por la espiroqueta sifilítica.
- **Traumático.** Causado por golpes o sustancias tóxicas. Ejemplos serían las fracturas y los envenenamientos. En el campo psicológico, las conductas patológicas producidas por lesiones durante el parto, traumas craneales o ingestión de productos tóxicos (incluidos el alcohol y las drogas). Podrían considerarse aquí ciertos retrasos mentales, las psicosis tóxicas y los trastornos de ansiedad y depresión inducidos por el consumo de ciertas drogas.
- **Sistémico.** Causado por la alteración de un órgano o sistema de órganos. Ejemplos serían la apendicitis, el cáncer, las gastritis, la diabetes. En el campo psicológico, la esquizofrenia y la depresión, entre otros trastornos, se han explicado por la disfunción de procesos neuroquímicos cerebrales tales como la carencia de ciertos neurotransmisores. (Conviene tener en cuenta que la alteración de un sistema fisiológico puede ser debida a causas genéticas, biológicas y/o ambientales.)

El valor del modelo médico depende del trastorno que se considere. Una **explicación puramente médica es insuficiente en la inmensa mayoría de los casos**. Los factores psicológicos y ambientales juegan un papel importante en la mayoría de los trastornos, incluidos los fisiológicos. Además, conviene tener en cuenta que **una cosa es un mecanismo fisiológico alterado, el cual puede deberse también a causas psicológicas o ambientales, y otra, una causa orgánica**.

MODELO COMUNITARIO

Sus principios básicos son:

- **La conducta humana depende de la interacción de la persona con su medio, incluyendo en este último factores ambientales, interpersonales y sociales.** Así, la drogodependencia no depende sólo de factores biológicos o psicológicos, sino también de variables sociales.
- Para facilitar el ajuste entre la persona y su medio **se requiere crear nuevos recursos o alternativas sociales** (en la familia, escuela, otras instituciones, entorno urbano) **así como desarrollar las propias competencias personales.** Así pues, se enfatiza más el desarrollo de nuevos recursos y competencias que la simple eliminación de problemas.
- **Se enfatiza la prevención secundaria y primaria, especialmente esta última.** La prevención secundaria consiste en la detección temprana de problemas, cuando aún están en fase incipiente, con el fin de intervenir rápidamente para resolverlos y prevenir su agravamiento o el surgimiento de consecuencias indeseables. La prevención primaria va dirigida a evitar el surgimiento de futuros problemas; se basa para ello en cambios del medio social (organización escolar, entorno urbano, etc.) y en la creación de recursos interpersonales (formación de padres, parejas, educadores, policías, personal sanitario); en este último caso se busca actuar sobre personas que influyen sobre otras personas y permiten que los cambios se extiendan.

Ejemplos de prevención primaria: trabajar con hijos de esquizofrénicos y sus familias para reducir el porcentaje de trastornos psicóticos futuros; programas de educación sexual para prevenir embarazos en adolescentes; promoción del preservativo para evitar el SIDA. Ejemplos de prevención secundaria: programas con adolescentes que han cometido un hecho delictivo para que no se conviertan en delincuentes; programas para reducir el consumo de drogas cuando este está en sus primeras fases.

- **El psicólogo tiene una función psicoeducativa en la que forma a otras personas** (padres, educadores, enfermeras, conductores de grupos de autoayuda) para que se conviertan en agentes de cambio en la comunidad (paraprofesionales). Se da así una extensión de los roles profesionales y se amplía el número de personas que pueden obtener ayuda.
- Puede haber un **empleo del activismo social:** utilización del poder económico, político, civil (desobediencia civil, p.ej.) y de los medios de comunicación para lograr la reforma social. Aunque no todos los psicólogos comunitarios practican el activismo social, se supone que un cierto empleo de este aumenta la eficacia de la psicología comunitaria.
- Hay un **énfasis sobre la intervención en situaciones de crisis** (enfermedades graves, separaciones, muerte de un ser querido, desastre natural, ruina económica, intento de suicidio). Con la intervención en crisis se ayuda a las personas a manejar estos problemas abrumadores para los que carecen de recursos. **Las metas son:** a) el alivio rápido de los síntomas primarios, b) el restablecimiento rápido de la estabilidad emocional previa a la crisis y c) la comprensión por parte de la persona de su perturbación y de los determinantes de esta, así como la preparación para manejar crisis futuras. Este tercer objetivo puede no lograrse dada la brevedad de la intervención (≤ 6 semanas). El terapeuta es directivo y activo, se centra en el problema primario y en el momento presente y ofrece consejos, orientación e información para superar la crisis. Dos ejemplos pueden verse en **Kendall y Norton-Ford (1982/1988, págs. 537-538).**

Entre las **críticas** que se han hecho al modelo comunitario se encuentran las siguientes: a) **No** haber sabido acompañar la conceptualización teórica con **métodos específicos de intervención** que consigan cambios sociales concretos y duraderos. b) **Objetivos poco realistas** al pretender sustituir a la persona por la comunidad como sujeto de tratamiento. c) **Poco éxito en las tareas de**

prevención, especialmente la primaria. d) Riesgo de descuidar el ofrecimiento de tratamiento intensivo a los **pacientes con trastornos graves**. e) A nivel ético se ha planteado que **quienes deciden las metas de las intervenciones** comunitarias pueden ser los psicólogos u otras personas influyentes, pero no los miembros de la comunidad o los que reciben la intervención.

MODELOS PSICODINÁMICOS

Estos modelos comparten varios supuestos básicos:

- **Determinismo.** El comportamiento humano está determinado y depende fundamentalmente de **factores intrapsíquicos** tales como impulsos, deseos, motivos y conflictos internos. En el psicoanálisis clásico, pero no en otras escuelas psicoanalíticas, se enfatizan los determinantes biológicos (impulsos sexuales y agresivos).
- **Énfasis en el papel del conflicto.** Se considera que este es básico en el desarrollo de los síntomas neuróticos. Normalmente se considera que los **impulsos internos buscan manifestarse y lograr gratificación en contra de las prohibiciones y límites socioculturales**. Los **síntomas neuróticos** son vistos como compromisos para intentar resolver este conflicto. Desde la perspectiva psicoanalítica clásica se considera que el conflicto no resuelto entre el **ello** (necesidades instintivas) y un **superyó** (valores y normas sociales transmitidas por los padres) sobrepenitativo e inhibidor es la causa fundamental de los trastornos psicológicos. **Este conflicto es exacerbado por los defectos del yo** –la tercera estructura psicológica– que impiden la elaboración de defensas apropiadas que permitirían una reducción de la tensión.
 - # El **ello** es la estructura más antigua, contiene todos los instintos básicos (sexuales y agresivos) sin socializar, es la fuente de la energía psíquica, es básicamente inconsciente y se rige por el principio del placer. El **superyó** surge a través de la internalización de las normas y valores sociales tal como son presentados por los padres y otras figuras de referencia, es parcialmente inconsciente y se encarga de vigilar y castigar las actividades del ello. El **yo** está situado entre las otras dos estructuras y se encarga de regular la interacción entre estas, de modo que puedan satisfacerse las necesidades básicas sin vulnerar las normas existentes. El yo es básicamente consciente, se rige por el principio de realidad y entre sus funciones se cuentan también la percepción, el aprendizaje y la autorregulación.
 - # Según Freud, **el conflicto surge de la disputa entre la necesidad de satisfacer los impulsos básicos (sexuales, agresivos) y las defensas** elaboradas para inhibir la expresión consciente de estos impulsos. Los **síntomas son un intento de solución, una forma fallida de resolver estos conflictos** estableciendo un compromiso entre ambos tipos de fuerzas. Los síntomas constituyen una expresión simbólica del conflicto y suponen una satisfacción parcial de los instintos; sin embargo, el superyó actúa contra esta gratificación, lo que aumenta el malestar y el sufrimiento. Como ejemplo, la evitación agorafóbica de una mujer puede concebirse como el compromiso entre el deseo de seducir a los hombres y la defensa en contra de este deseo.
- **Importancia de la historia de desarrollo.** Se enfatiza que el comportamiento humano está determinado significativamente por la historia de desarrollo de la persona. **Muchos conflictos básicos surgen en la infancia y niñez**. La satisfacción o frustración en estos periodos de impulsos y necesidades básicas del niño en las relaciones de este con sus padres u otras figuras importantes (p.ej., hermanos, maestros) y la eficacia en resolver los

conflictos surgidos determinan el funcionamiento de la persona en etapas posteriores de la vida. De aquí la importancia concedida a las experiencias históricas en comparación al aquí y ahora. Sin embargo, **ciertas escuelas enfatizan también el papel de las experiencias presentes.**

- **Determinismo múltiple.** La ocurrencia de una acción o pensamiento depende de la influencia de múltiples factores diferentes que operan simultáneamente, aunque pueden variar en el grado en que contribuyen a explicar el fenómeno analizado. Por ejemplo, el **orden obsesivo y la tacañería** son el producto de varios factores: entrenamiento muy estricto en el control de esfínteres, preocupación parental por la suciedad y placer del niño al retener las heces.
- **Énfasis en los procesos inconscientes.** Muchos de los determinantes del comportamiento son inconscientes. El material inconsciente es diferente del consciente y además se organiza y procesa de modo diferente (no se sigue una lógica, se mezcla pasado y presente). Freud distinguió tres niveles de conciencia: inconsciente, preconscious y consciente. **El inconsciente** incluye todo aquel material no accesible a la persona en estado normal de vigilia. Los procesos gobernados por los principios del inconsciente (falta de lógica, mezcla de pasado y presente) se denominan primarios para distinguirlos de los secundarios que son ordenados y conscientes. **El preconscious** incluye aquellos materiales inconscientes que traspasan a veces la barrera del inconsciente de modo temporal. Por ejemplo, cuando se tiene la sensación de recordar algo molesto o preocupante. **El consciente** es la parte racional de la persona, se identifica con el propio yo y es el responsable de la relación con el mundo exterior.
- **La conducta tiene significado.** Ninguna acción o pensamiento es puramente casual, sino el resultado significativo de variables y procesos específicos (**deseos, fantasías, impulsos, mecanismos de defensa**). Por lo tanto, se considera que la conducta comunica algo acerca de sus determinantes y se cree además frecuentemente que dicha comunicación es metafórica o simbólica. De aquí la importancia dada a los sueños, *lapsus linguae*, chistes, conductas no verbales y el significado simbólico de los síntomas neuróticos.
- **Importancia de los mecanismos de defensa.** Los conflictos psicológicos producen ansiedad que la persona intenta reducir empleando mecanismos de defensa. Estos son procesos psicológicos automáticos, generalmente inconscientes, que protegen a la persona de la ansiedad y del conocimiento de agentes estresantes internos o externos. Algunos de ellos son:
 - # **Desplazamiento.** Un sentimiento o respuesta a un objeto es transferido a otro objeto menos amenazante. Por ejemplo, mostrarse agresivo con los hijos en vez de con los jefes del trabajo.
 - # **Formación reactiva.** Expresión de pensamientos, sentimientos o conductas que son los opuestos a los que realmente tiene la persona, los cuales son inaceptables y suelen reprimirse. Por ejemplo, hijo que odia a su padre, pero muestra una preocupación exagerada por él y un afecto desbordante.
 - # **Negación.** No querer reconocer algún aspecto doloroso de la realidad externa o de la experiencia subjetiva que sería aparente para los demás. Por ejemplo, una persona que no quiere reconocer que su pareja sigue con ella por interés, no por amor. Se habla de **negación psicótica** cuando hay un gran deterioro en la prueba de la realidad.

- # **Proyección.** Atribución falsa a otra persona de los propios sentimientos, impulsos o pensamientos inaceptables. Sería el caso de tenerle antipatía a alguien, pero pensar que es este quién quiere hacernos daño.
- # **Racionalización.** Ocultamiento de las verdaderas motivaciones de los propios pensamientos, acciones o sentimientos a través de la elaboración de explicaciones tranquilizadoras, pero incorrectas. Por ejemplo, criticar severamente el comportamiento de una persona a la que se detesta y decir que es por su bien.
- # **Represión.** Bloqueo inconsciente de los deseos, pensamientos o experiencias amenazadores para impedir que lleguen a la conciencia. El componente afectivo puede permanecer consciente, separado de las ideas asociadas. No hay que confundir la represión con la **supresión**, un intento consciente de no pensar en problemas, deseos, sentimientos o experiencias perturbadores (p.ej., empleando distracción).

Junto a los anteriores aspectos conceptuales básicos, existen también los elementos fundamentales de la **TEORÍA CLÍNICA PSICOANALÍTICA**:

- **Es necesario descubrir y comprender los eventos inconscientes y traumáticos del desarrollo** –con la ayuda de los métodos de asociación libre, entrevista, clarificación y confrontación–, **de modo que puedan ser elaborados por los procesos racionales y conscientes del yo, y este pueda llegar a disminuir y manejar adecuadamente las fuerzas instintivas.** Se facilita así la maduración psicológica. Hacer consciente lo inconsciente es un proceso gradual que ocurre a lo largo de muchas sesiones, algunas más cargadas emocionalmente que otras.
- **La interpretación del material que surge durante la consulta y el análisis e interpretación de la transferencia y su resolución son el camino principal para que el paciente llegue a la comprensión (*insight*) del origen y naturaleza de sus problemas.** Una **interpretación** es una comunicación al cliente que tiene por finalidad hacer consciente el significado inconsciente del comportamiento del paciente, manifestado normalmente a través de la asociación libre, los sueños, las resistencias y la transferencia. La **transferencia** se refiere a que el paciente reproduce en su relación con el terapeuta aspectos cruciales de su experiencia con figuras importantes de su propia historia, de modo que reaparecen en la consulta los conflictos y experiencias significativas del desarrollo.
- La relación de transferencia permite pues el desarrollo de la comprensión, la cual no es meramente cognitiva, sino que implica además expresión y descarga emocional. **Sin este componente emocional, la comprensión verdadera no se da, se limita a un puro ejercicio intelectual.** Por otra parte, dada la reacción no punitiva del terapeuta ante las reacciones transferenciales del paciente, la transferencia también provee un ambiente educativo que favorece la maduración psicológica.
- Muchos suponen que la comprensión verdadera de los propios conflictos intrapsíquicos es suficiente para la desaparición de los síntomas y el cambio en la conducta manifiesta. Sin embargo, **otros piensan que aunque la comprensión es necesaria, puede no ser suficiente, sino que se requiere también actuar directamente para cambiar el comportamiento externo.** Esto es lo que afirmaba Freud cuando decía que para el tratamiento de una fobia era necesario el *insight*, pero también alentar al paciente a abandonar sus conductas de evitación.
- **Los pacientes se resisten al método terapéutico**, es decir, emplean una variedad de medios directos e indirectos para protegerse de la ansiedad y el conflicto asociados con la

terapia analítica. Por tanto, es importante **identificar, analizar e interpretar estas resistencias para que la relación transferencial ocurra y pueda ser analizada y resuelta.**

Modificaciones de la teoría y técnica psicoanalítica

Se caracterizan por:

- **Énfasis en el papel del yo.** Este funciona en muchos aspectos con independencia de los instintos y del conflicto intrapsíquico; además es responsable de actividades fundamentales: memoria, percepción, control de impulsos, relaciones interpersonales, formación de la identidad.
- **Énfasis en las experiencias psicosociales** (y no sólo psicosexuales) del desarrollo de los dos primeros años en la determinación de la personalidad).
- **Aplicación de la terapia a poblaciones clínicas diferentes de los adultos neuróticos vistos por Freud: niños, psicóticos, trastornos de personalidad. Además, extensión a situaciones no clínicas:** educación, empresas, instituciones.
- **Énfasis en los factores interpersonales.** Se considera el desarrollo psicológico como el resultado de la interacción entre variables personales y experiencias interpersonales.
- **Énfasis en la naturaleza de la organización de la personalidad en lugar de en los conflictos dinámicos específicos.** Como consecuencia del énfasis en el yo y de los intentos de tratar los trastornos de personalidad, las formulaciones de la psicopatología se centran en los defectos de la estructura psíquica más que en los conflictos internos.

Siguiendo a Baker (1985/1988), pueden distinguirse, aparte del psicoanálisis clásico, tres desarrollos dentro de los modelos dinámicos, aunque las fronteras entre ellos no son claras y el eclecticismo es frecuente. Estos modelos son:

- a) La tradición neofreudiana, representada por autores como Adler, Jung, Fenichel, Ferenczi, Reich, Rank, Horney, Sullivan y Fromm.
- b) La tradición analítica del yo, que incluye la teoría de las relaciones objetales, y está representada por autores como Melanie Klein, Fairbain, Winnicott, Ana Freud, Erikson, Hartmann, Rappaport y Guntrip.
- c) La psicoterapia psicodinámica, representada por autores como Malan, Sifneos, Fiorini, Mann y Davanloo.

Capítulo aparte lo constituyen las escisiones tempranas de Jung, Adler y Rank, así como la más tardía de Lacan. Todos ellos han fundado escuelas y sendos sistemas terapéuticos. Por limitaciones de espacio se va a tratar únicamente la psicoterapia psicodinámica, la cual es ampliamente utilizada en la actualidad.

La psicoterapia psicodinámica

Sus características son las siguientes:

- Imperativos prácticos (incremento de la demanda asistencial) han llevado a buscar un **tratamiento menos regresivo e intenso**, adecuado para aquellos que no necesitan una

reestructuración profunda de su personalidad o que no deseen o no sean capaces de tolerar el tiempo y las exigencias emocionales del psicoanálisis prolongado.

- El tratamiento tiene una **menor duración** (generalmente 16-30 sesiones) y la frecuencia de las sesiones también se reduce a 1-2 por semana, en vez de 4-5.
- **El terapeuta es más activo y directivo** y fomenta el desarrollo de una buena relación terapéutica. Además, no se utiliza el diván y las sesiones se realizan cara a cara.
- Hay un menor énfasis en el descubrimiento e interpretación de material histórico y una **mayor concentración en los aspectos actuales y en la resolución de problemas específicos** derivados de los conflictos básicos no resueltos, aunque relativamente autónomos de estos.
- **Se enfatiza la solución de focos problemáticos o más descompensados de la personalidad en lugar de la reestructuración global de la personalidad.** Se tienen en cuenta los aspectos de esta que se relacionan con los problemas actuales.
- **Se busca apoyar las defensas útiles del cliente, favorecer la adaptación de la persona y mejorar las relaciones interpersonales.**
- Se amplía la gama de intervenciones empleadas. **Además de la interpretación, se utilizan intervenciones educativas y de apoyo** (aconsejamiento, instrucciones, información, sostén emocional, afirmación o desarrollo de habilidades). Puede emplearse terapia de grupo, familiar o de pareja y también medicación ocasional.
- El propio formato de la terapia hace que **la transferencia sea menos intensa y regresiva.** El énfasis se pone en la relación presente entre paciente y terapeuta, sin que sea necesario remontarse al pasado.

Valoración de los modelos psicodinámicos

Positivo

- El psicoanálisis ofrece una **teoría muy elaborada sobre el comportamiento** humano que integra el desarrollo de la personalidad con los trastornos psicológicos y **llama la atención sobre las fuerzas internas** de la persona y, en particular, sobre los **aspectos irracionales e inconscientes** del comportamiento humano.
- El psicoanálisis **ha sido el primer sistema integrado de la intervención psicológica moderna.**
- El psicoanálisis ha dado lugar a **abundantes hipótesis acerca de los trastornos psicológicos.**
- El psicoanálisis ha señalado las implicaciones de la **transferencia** y de la **contratransferencia** (sentimientos y fantasías que los terapeutas experimentan en respuesta a sus pacientes).
- El psicoanálisis ha destacado el papel de los **mecanismos de defensa.**

- **Ciertos recursos técnicos como la asociación libre, las técnicas proyectivas y el análisis de los sueños han sido adoptados por otros enfoques**, aunque no todos ven esto como algo positivo.

Negativo

- **La mayoría de los conceptos psicodinámicos están formulados de un modo tan abstracto e impreciso que impide su estudio científico** (una excepción son los mecanismos de defensa). Además, **el modelo está formulado de tal manera que cualquier resultado obtenido puede ser interpretado como favorable a la teoría**. Por ejemplo, en una persona en la que se suponen impulsos inconscientes hostiles, la existencia de estos es confirmada tanto por una conducta agresiva como por una conducta apacible. En este último caso se invoca el concepto de formación reactiva, sin especificar las circunstancias bajo las que esta puede darse o no.
- El enfoque psicodinámico es **insuficiente para explicar la complejidad de la conducta normal y anormal**.
- **La fiabilidad y validez de los instrumentos de evaluación utilizados (pruebas proyectivas, observación no estructurada) son dudosas**.
- Existen **pocos estudios controlados sobre la eficacia de las terapias psicodinámicas, aunque actualmente el enfoque de psicoterapia psicodinámica está siendo sometido a investigación**. Los estudios son aún escasos, pero los resultados son positivos. **Este tipo de psicoterapia** es más eficaz que el no tratamiento, aunque no más que otras terapias alternativas.
- **Pueden crearse nuevos problemas en los pacientes o en las personas normales al interpretar determinados comportamientos como indicadores de motivaciones patológicas inconscientes**.
- El **psicoanálisis clásico** ofrece una visión bastante pesimista del hombre, destaca excesivamente el papel de los impulsos (sexuales y agresivos) y relega los factores interpersonales y culturales. Enfatiza excesivamente los factores históricos y no presta la suficiente atención a los problemas actuales del cliente. Como terapia, sólo es aplicable a personas con buen nivel cultural, es demasiado largo y no es más eficaz que tratamientos mucho más breves.

MODELOS FENOMENOLÓGICOS

Pueden encuadrarse aquí la **terapia centrada en el cliente, la terapia gestáltica, el análisis transaccional, el psicodrama, la bioenergética y la terapia existencial**. Autores representativos son Rogers, Perls, Berne, Moreno, Lowen, May y Frankl. Las características básicas de los modelos fenomenológicos –también llamados humanistas o, lo que es cada vez más frecuente, experienciales– son las siguientes:

- **Autonomía personal y responsabilidad social**. Por un lado, el ser humano es capaz de dirigir su propio desarrollo y de tomar decisiones, y es responsable de sus actos. Por otro, esta autonomía personal es la que permite ser responsable ante la sociedad. No se enfatizan las habilidades del cliente o las estrategias para afrontar el ambiente, ya que se consi-

dera que cuanto más se acerque el cliente a su potencial de desarrollo, más capaz será de encontrar soluciones a los problemas externos de su vida sin ayuda de nadie. De hecho, **se tiende a considerar contraproducente ofrecer ayuda directa a un cliente para resolver sus problemas**, puesto que de este modo el cliente puede hacerse más dependiente del terapeuta y perder la oportunidad de que sus ideas y sentimientos sean su guía.

- **Autorrealización.** Cada persona posee de forma innata un potencial de crecimiento o autorrealización, una tendencia a desarrollarse y a progresar hacia la madurez. **Las personas son vistas como básicamente buenas y orientadas hacia metas positivas (amor, felicidad, armonía, creatividad).** El desarrollo de la tendencia hacia la autorrealización depende en gran parte de la satisfacción de las necesidades básicas del organismo. Por ejemplo, **Maslow ha señalado que para buscar la autorrealización es necesario satisfacer primero cuatro tipos de necesidades básicas:** fisiológicas (hambre, sed, sexo), psicológicas (seguridad), de relación social (pertenencia, aceptación) y autoestima (respeto a uno mismo).
- **Orientación hacia metas y búsqueda de sentido.** Las acciones humanas son intencionales, van dirigidas a metas. Ahora bien, **la persona se mueve no sólo por motivaciones materiales, sino también por valores** –tales como la libertad, justicia y dignidad– que suponen un intento de trascender la propia existencia.
- **Concepción global de la persona.** Esta se considera como un conjunto integrado en el que **sentimiento, pensamiento y acción forman un todo.** Se considera, por tanto, que en el tratamiento las personas han de ser atendidas en su conjunto. **Centrarse en problemas específicos se considera de poca utilidad, ya que esto puede generar nuevos problemas** (dependencia) e interferir en el propio crecimiento personal de los clientes.
- **Punto de vista fenomenológico.** Se considera que el comportamiento de una persona está determinado principalmente por la percepción que tiene de sí misma y del mundo. Las personas crean la “realidad” a partir de sus percepciones idiosincrásicas. Se piensa que sólo se puede comprender a una persona si se es capaz de percibir las cosas como ella las percibe. Se espera que al ir revelando sus percepciones al terapeuta, el cliente se hará más consciente de esas percepciones y de cómo guían su comportamiento.
- **Énfasis en el aquí y ahora.** Se concede poca o menos importancia a la historia del cliente. **Se acentúan la experiencia inmediata (momento a momento de la sesión terapéutica) y las emociones.** El foco de la terapia rara vez se aleja de lo que está sucediendo durante la sesión.
- **El terapeuta no adopta el papel de experto** que sabe y decide qué es lo mejor para el cliente.
- Finalmente, se da más importancia a las **actitudes del terapeuta** que a las **técnicas concretas.** La relación entre cliente y terapeuta se considera el medio único o fundamental a través del cual se consigue la autorrealización. Por tanto, la discusión del pasado o la planificación del manejo de situaciones problemáticas futuras son menos útiles que la vivencia en el presente de una relación con otra persona que acepta incondicionalmente al cliente.

Existe una diversidad de submodelos fenomenológicos. Por limitaciones de espacio y tiempo, trataremos sólo dos enfoques clásicos, la terapia centrada en el cliente de Rogers y la terapia *Gestalt* de Perls. Un enfoque más actual, la terapia experiencial (Greenberg), que supone una cierta

síntesis actualizada de los dos anteriores, será abordada en el tema 11 del programa. La terapia experiencial conserva la inspiración rogeriana centrada en la persona, pero adopta una actitud más directiva y una orientación cognitivo-constructivista.

La psicoterapia centrada en el cliente

Las características de la psicoterapia centrada en el cliente de Rogers son las siguientes:

- **Confianza en la capacidad de la persona para dirigir su propia vida** (saber lo que le perturba, tomar decisiones, etc.). Existe una tendencia innata a la autorrealización, una tendencia a madurar, a expresar y activar todas las capacidades del organismo.
- **El crecimiento de una persona depende de esta tendencia innata a la autorrealización y de un sistema de evaluación de las experiencias como positivas o negativas según sean congruentes o no con la tendencia anterior.** (Autorrealización no significa egoísmo, ya que aquella da valor a los otros.) En este proceso de crecimiento, que tiene lugar en interacción con el medio, se desarrolla el **concepto de sí mismo** como diferenciado del mundo exterior.
- **El sistema de evaluación de las experiencias depende por una parte de sentimientos directos u orgánicos** (algo es valorado directamente como positivo o negativo según el grado en que es congruente con la tendencia a la autorrealización). Pero por otra parte, **depende también de los juicios de los otros.** Cuanto mayor sea la autoconfianza de la persona y más se acepte a sí misma, menos se dejará influir por las valoraciones de los otros. Sin embargo, las prácticas educativas llevan a la persona a depender excesivamente de los juicios de los demás con el fin de agradarles o no contrariarles.
- La dependencia de las normas y valores sociales (**condiciones de valor**), que finalmente son internalizados, dificulta la consideración positiva de sí mismo y **entorpece el crecimiento personal al obligar a pensar y actuar de modo incongruente con uno mismo.** Se crean así actitudes de miedo, ansiedad y duda sobre sí mismo y se niegan, distorsionan o bloquean sentimientos y deseos propios. Por ejemplo, un hombre emotivo, pero educado según un patrón clásico de los hombres como fuertes e impasibles, puede negar que llorar le hace sentirse bien; además, su afirmación de que llorar es de débiles representa una distorsión de sus propios sentimientos.
- **Los problemas psicológicos surgen** de la discrepancia acentuada entre lo que el organismo experimenta y lo que es necesario para mantener la consideración positiva hacia sí mismo o, en otros términos, **de la incongruencia entre el sí mismo como es moldeado por los otros y el sí mismo real.**
- **La psicoterapia centrada en el cliente se caracteriza por:** a) facilitar la **autorrealización** del cliente, b) enfatizar **lo afectivo** más que lo intelectual, c) acentuar la importancia del **presente**, y d) considerar la **relación terapéutica como una experiencia de crecimiento.** Esto último implica que el terapeuta debe mostrar **aceptación positiva incondicional** (aceptar al cliente como es, sin juicios; esto implica no ser directivo, no dar consejos ni pautas), **empatía** (comprender al cliente desde el punto de vista de este) y **congruencia o autenticidad** (comunicar los propios sentimientos y experiencias internas) en su relación con el cliente. Rogers considera que estas tres actitudes del terapeuta son **condiciones necesarias y suficientes para facilitar la autorrealización** del paciente.

Sin embargo, conviene tener en cuenta que las investigaciones han demostrado que **las actitudes mencionadas no son suficientes** para conseguir cambios terapéuticos y que el propio Rogers reforzaba no verbalmente o hacía comentarios de apreciación positiva después de que los clientes expresasen esperanzas positivas o autoimagen positiva o concordasen con el terapeuta; es decir **mostraba menos aceptación positiva incondicional y más directividad de la que creía.**

- Otras características de la psicoterapia centrada en el cliente son: a) **se aceptan los informes del cliente como válidos** y confiables, independientemente de lo que le parezca al terapeuta; b) **no se interrumpe al cliente**, salvo para verificar o ampliar alguna idea; y c) **no se emplean las interpretaciones**, ya que se consideran demasiado directivas e implican que el terapeuta sabe más sobre el propio cliente que este mismo.
- Se considera que en la situación terapéutica en la que el cliente es comprendido y aceptado en vez de criticado, este es libre para **verse a sí mismo sin defensas y para reconocer y admitir gradualmente su sí mismo real**, con sus aspectos tanto negativos como positivos. Esta experiencia en la conciencia de sentimientos reprimidos hasta el momento da lugar a una **sensación de cambio** psicológico, a un nuevo estado de comprensión (*insight*) y a cambios fisiológicos concomitantes. Además, **se desarrolla un sistema de evaluación** que no tiene por qué mantener las normas imbuidas por las figuras de autoridad, que es capaz de adaptarse a diferentes circunstancias, que diferencia entre el juicio personal y el juicio de otros y que es capaz de tomar decisiones diferentes a las de los expertos.

La terapia gestáltica

Representada por autores como Fritz Perls, Laura Perls, Goodman, Simkin, Weisz y Hefferline, sus características son las siguientes:

- **Cada persona tiene una tendencia natural a completar su existencia (a autorrealizarse)**, a satisfacer sus necesidades y deseos legítimos.
- **Cada persona es responsable de su conducta.**
- **Se enfatiza el aquí y ahora.** Se busca que el cliente no se refugie en el pasado.
- **Se persigue que el cliente tome conciencia de sus necesidades, emociones y demandas del medio (tanto positivas como negativas), más allá de las intelectualizaciones e interpretaciones.** En la toma de conciencia el sí mismo se experimenta como una totalidad (no está dividido entre una parte que observa y otra que es observada) y el cliente se concentra espontáneamente en lo que le interesa y descubre cosas nuevas. Esto lleva a una liberación de la tensión y a un aumento de energía que se puede aplicar a experimentar nuevas conductas, primero en un medio seguro y luego en situaciones de la vida cotidiana.
- La conciencia de la persona puede resultar distorsionada o incompleta al tratar de **evitar** el conflicto entre las propias necesidades y las exigencias del medio. Se ve al paciente como una serie de **polaridades** (mandón-sumiso, sociable-retraído), de modo que tiende a centrarse sobre un polo y a evitar el otro. Para el polo que produce temor por sí mismo o por sus posibles repercusiones se construyen **defensas y bloqueos.**

Perls se centra también en los **mecanismos de defensa que se manifiestan en las relaciones interpersonales**. Así, las personas a las que resulta incómodo experimentar y expresar directamente ciertas necesidades (p.ej., amor) pueden desarrollar estrategias o **juegos manipuladores** para satisfacer dichas necesidades de forma indirecta. De este modo, las personas cuyas interacciones con los demás se basan en enfermedades interminables, miedos, agresiones o inadecuaciones fuerzan a los otros a ser solícitos o cariñosos. Pero como estos se dan cuenta de que están siendo manipulados, pueden terminar mostrando rechazo hacia esas personas, con lo que estas se verán obligadas, por ejemplo, a buscar otra persona con quien *jugar*. Para empeorar las cosas, **la conciencia incompleta o suprimida suele ir acompañada de la impresión de que no se es responsable de los propios problemas**. Así, se tiende a culpar a otros ("si no fuera por mis hijos, no tendría problemas"), a circunstancias ambientales ("no hay hombres interesantes en este país") o a fuerzas internas sobre las que no se puede influir ("no puedo controlar mi enfado").

- La **meta fundamental** de la terapia gestalt es restablecer el proceso de crecimiento del cliente. Para ello, se ayuda a este a **tomar conciencia de los sentimientos, deseos e impulsos propios que han sido negados, y a reconocer los sentimientos, ideas y valores que considera propios, pero que ha adoptado de otras personas**. La consecución progresiva de esta conciencia facilita que el cliente **asimile o haga suyos los aspectos o polaridades de sí mismo que había rechazado y que deje a un lado las características que realmente no le pertenecen**.
 - # **La asimilación de las polaridades propias rechazadas y la integración con sus opuestas**, –lo cual implica un reconocimiento de todas las partes del yo y la unidad de los comportamientos verbales y no verbales– permitirán al cliente responsabilizarse de sí mismo como realmente es en vez de defender una autoimagen parcialmente falsa e internamente en conflicto.
 - # Por ejemplo, **una persona que se siente superior a los demás, pero que ha reprimido este sentimiento y ha adoptado un aire de humildad va a poder reconocer y expresar las dos partes en conflicto** ("soy el más grande" contra "no debo presumir"). Conseguido esto, será más fácil que encuentre una **forma de resolución**: "está bien que yo exprese mis sentimientos de competencia, pero necesito también tomar en cuenta los sentimientos de los demás". Así pues, las resoluciones de un conflicto requieren una conciencia total de los dos polos.
- **Técnicas empleadas** por la terapia gestáltica son: uso del presente en la comunicación verbal, señalamiento del comportamiento no verbal para que el cliente analice el significado del mismo, trabajo con sueños, técnica de la silla vacía. Se emplean también técnicas de otros abordajes como el psicodrama de Moreno o el trabajo corporal de la bioenergética. Dos psicoterapias actuales en las que ha influido notablemente la terapia gestáltica son la programación neurolingüística de Bandler y Grinder (1975) y la psicoterapia expresiva focalizada que Daldrup, Beutler, Greenberg y Engle (1988) han presentado en forma de manual.

Valoración de los modelos fenomenológicos

Conviene destacar que existe una **gran heterogeneidad entre los distintos enfoques fenomenológicos**.

Positivo

- **Concepción filosófica positiva del hombre**, aunque puede ser poco realista.
- **No se centran en la patología, sino en la autorrealización** y en lo que el cliente puede llegar a ser.
- **El énfasis en la relación terapéutica** los hace especialmente atractivos para los clínicos. Además, hay que reconocerles el mérito de haber puesto de manifiesto el valor de dicha relación en cualquier tipo de terapia.
- Parecen **especialmente adecuados para personas con problemas de identidad o de valores**.

Negativo

- **Las formulaciones teóricas son imprecisas y vagas, por lo que resulta muy difícil o imposible someterlas a prueba**. Además, con la excepción principal de Rogers, **el método científico es, por lo general, dejado de lado** o rechazado; esto puede ser debido al énfasis en la subjetividad y a que la investigación controlada se considera artificial.
- **Se describe el comportamiento humano, especialmente los aspectos subjetivos, pero, en general, no se identifican y/o precisan las variables que lo controlan**. Así, se dice que la tendencia a la autorrealización está en la base del desarrollo del comportamiento, pero no se especifica en qué consiste exactamente ni cómo opera para influir sobre la conducta. Tampoco se explica cuáles son las variables responsables de las percepciones subjetivas, percepciones que se consideran determinantes del comportamiento.
- **Se centran en la experiencia consciente como determinante de la conducta humana y relegan otros muchos factores** (biológicos, situacionales, condiciones de aprendizaje, motivos inconscientes). De este modo, el enfoque fenomenológico es insuficiente para explicar la complejidad de la conducta normal y anormal. Además, la desenfatación de esos otros factores puede conducir a la aplicación de un tratamiento menos eficaz.
- **La razón se subordina al sentimiento**, se busca el conocimiento a través de la experiencia subjetiva y se relega el análisis racional. Esto puede hacer más difícil encontrar una solución para muchos problemas y hacer más probable que los efectos terapéuticos conseguidos sean temporales.
- **Los tratamientos fenomenológicos, especialmente los basados en la relación, son vagos y poco realistas**. Además, algunos han **puesto en duda que un terapeuta pueda ser realmente empático y que no juzgue y sea no directivo**. Es muy posible que el reforzamiento sutil por parte del terapeuta (expresiones faciales, miradas, atención selectiva) e incluso el modelado contribuyan esencialmente a la consecución del cambio por parte de los clientes. Parafraseando a un paciente de Pearls: "**¿Usted nos ha hecho descubrirnos o nos hemos adaptado a usted?**".
- Existen **pocos estudios controlados sobre la eficacia de las terapias fenomenológicas**. Respecto a la más investigada, la de Rogers, es más eficaz que el no tratamiento y parece que las condiciones de autenticidad, empatía y aceptación positiva incondicional son factores importantes correlacionados con el éxito de la terapia, pero no parece que por sí solos sean suficientes. El resto de las terapias fenomenológicas no ha sido casi investigado o cuando lo ha sido, el número de estudios es pequeño y la eficacia es relativamente baja

(terapia gestalt) o moderada (análisis transaccional).

- **Los criterios de éxito terapéutico se definen en términos de autorrealización, crecimiento, autenticidad, etc. que son muy difíciles de operativizar.** Además, muchos de los datos de tratamiento tienden a basarse principalmente en **autoinformes de fiabilidad y validez desconocidas.**
- Dada la naturaleza introspectiva de estos modelos, **su aplicabilidad clínica se limita a aquellas personas con nivel intelectual y sociocultural suficientes** como para poder llevar a cabo análisis introspectivos. Se sospecha que su valor es mínimo o nulo con psicóticos, niños, retrasados mentales y personas bajo estrés intenso.
- **Los grupos de crecimiento a corto plazo**, basados en los métodos fenomenológicos y centrados en los sentimientos y la experiencia y no en la razón, pueden tener **efectos negativos hasta en el 8% de los participantes.** Esto es más probable en **personas que ya eran inestables al inicio**, lo que indica la importancia de una buena selección de los clientes.

MODELOS SISTÉMICOS

Representados por autores como Watzlawick, Minuchin, Haley y Selvini-Palazzoli, las características de estos modelos son las siguientes:

- **Enfatizan el papel de los sistemas interpersonales.** Para entender la conducta y la experiencia de un miembro de un sistema (p.ej., la familia), hay que **considerar las del resto de sus miembros.** Según Feixas y Miró (1993), *un sistema es un conjunto de elementos dinámicamente estructurados, cuya totalidad genera unas propiedades que, en parte, son independientes de aquellas que poseen sus elementos por separado.* Por tanto, para comprender un sistema, hay que considerar sus elementos, las propiedades y comportamiento de estos, la interacción entre los mismos y las propiedades de la totalidad.
- Los **sistemas**, tales como las familias y los grupos, tienen varias **propiedades:**
 - # **Sistema abierto.** El sistema es abierto en tanto intercambia información con el medio. Además, las normas de funcionamiento del sistema son en parte independientes de las que rigen el comportamiento de cada miembro.
 - # **Estructura.** Incluye: a) El grado de claridad, difusión o rigidez de los **límites** entre los miembros del sistema; este se compone de varios **subsistemas** (marido-esposa, padre-hijo, hermanos) entre los que existen límites más o menos definidos que pueden ser difusos, claros o rígidos. Los subsistemas fundamentales son el conyugal, el parental (que puede llegar a incluir a algún abuelo o hijo con funciones parentales) y el de hermanos. b) El grado en que existe una **jerarquía** (quién está a cargo de quién y de qué). c) El grado de **diferenciación** o medida en que los miembros del sistema tienen identidades separadas sin dejar de mantener el sentido del sistema como un todo.
 - + Los **límites** son las reglas que definen quien participa con quién y en qué tipo de situaciones y quién es excluido de este tipo de situaciones. Por ejemplo, los niños no deben participar en las discusiones de los padres, los hijos mayores tienen ciertos derechos negados a los más pequeños, etc.

- + La **triangulación** es un tipo de disfunción asociada con la estructura familiar. Consiste en intentar enmascarar los conflictos entre dos personas involucrando a una tercera, de modo que las características de esta, especialmente sus problemas, se convierten en el foco de la interacción. Así, una pareja con dificultades matrimoniales puede centrarse en algún trastorno de su hijo (problemas en la escuela, drogadicción) en vez de en sus problemas maritales.
 - + La **coalicción** es otro tipo de disfunción y consiste en una unión entre dos miembros de una familia en contra de un tercero; por ejemplo, progenitor e hijo contra el otro progenitor.
- # **Interdependencia.** Los miembros de un sistema se influyen mutuamente a través de las pautas de interacción existentes y, en concreto, mediante mecanismos de **retroalimentación positiva** (facilitadora) y **negativa** (correctora). Se considera que existen relaciones no de causalidad lineal, sino de influencia recíproca o **causalidad circular** (la conducta de A depende de la de B y viceversa). Por ejemplo, la capacidad de iniciativa de B favorece la pasividad de A y esta pasividad refuerza la toma de iniciativas por parte de B.
- # **Regulación.** Los patrones de interacción que existen en los sistemas tienden a ser muy estables y predecibles. Además, se da una **tendencia al equilibrio**. Los sistemas tienen unos mecanismos que regulan y mantienen los patrones de interacción, de modo que se maximizan las posibilidades de que el sistema se mantenga. **Cualquier cambio percibido que amenace al sistema** intentará ser neutralizado, ya sea actuando sobre la persona desviada para que se adapte de nuevo ya sea relegándola o expulsándola ya sea mediante cambios compensatorios por parte de otro u otros miembros del sistema.
- Supongamos que una mujer critica al marido por su poca comunicación ante lo cual la respuesta normal de este es retraerse aún más. Si en alguna ocasión él *explota* diciendo que no quiere hablar porque le preocupan cosas de su trabajo, la mujer que supuestamente quería estimular la comunicación puede contestarle que sólo piensa en su trabajo. Este comentario podría tener la función de restablecer el equilibrio: mantenimiento de la distancia y nivel bajo de intimidad en la relación. (Claro, que la mujer también podría querer hablar de otras cosas que no fueran el trabajo.)
- # **Adaptación o cambio.** Se refiere al grado en que el sistema puede cambiar y desarrollar un nuevo equilibrio en respuesta a crisis o retos a su estabilidad: nacimiento de un niño, abandono del hogar por parte de un hijo, muerte del cónyuge, entrada en la adolescencia, pérdida del trabajo, divorcio, embarazo de la hija adolescente, etc.
- # **Comunicación.** Los miembros de un sistema se comunican entre sí y se han distinguido varios principios básicos de tipo comunicacional:
- + **Es imposible no comunicar.** En un contexto de interacción social cualquier conducta (incluido el silencio) comunica algo. En las situaciones en las que uno no quiere comunicarse pueden aparecer técnicas de **descalificación o recursos para comunicar sin comunicar** (contradecirse, cambiar continuamente de tema, perderse en cuestiones tangenciales, hablar de un modo oscuro, generar malentendidos, no acabar las frases) y **síntomas como compromiso** (fingir o autoconvencerse de deficiencias que imposibilitan la comunicación: sueño, sordera o desconocimiento del idioma en una conversación normal).

- + En toda comunicación pueden distinguirse **aspectos de contenido**, generalmente expresados por medios verbales, y **aspectos relacionales**, los cuales vienen definidos normalmente por el comportamiento no verbal (tono de voz, gestos, etc.); sin embargo, la relación puede venir también definida por las características de la situación y por ciertos contenidos verbales (p.ej., decir que se va a contar un chiste para indicar que el mensaje no va en serio). Los aspectos relacionales califican la información expresada en el contenido del mensaje.
- + La **incongruencia entre los dos niveles de comunicación** (de contenido y relacional) da lugar a **mensajes paradójicos**. Por ejemplo, decirle a alguien de un modo frío que se le quiere.
- + **La naturaleza de una relación depende de la puntuación de una serie de eventos repetitivos (quién hace qué, a quién, en respuesta a qué)**. Se denomina **puntuación** a la forma de organizar los hechos para que formen una secuencia ordenada. La falta de acuerdo respecto a la forma de puntuar los hechos es una causa frecuente de conflictos. Por ejemplo, un marido puede afirmar que su retraimiento es debido a los continuos ataques de su mujer, mientras que esta explica sus críticas en función de la pasividad de marido (es posible aquí que haya una causalidad circular). O bien, un adolescente dice no estudiar bachillerato porque sus padres le obligan, mientras que estos piensan que es un vago.
- + Las **relaciones pueden ser simétricas o complementarias**. Las primeras se basan en la igualdad en la conducta de interacción; cualquiera de los participantes puede, por ejemplo, dar un consejo o formular una crítica. Las segundas son aquellas en las que hay una gran diferencia en la conducta recíproca debido a que un miembro está en una posición superior respecto al otro; por ejemplo, las relaciones entre profesor-alumno y padres-hijos pequeños. **Muchos conflictos relacionales están basados en que un participante no acepta el tipo de relación que quiere el otro.**
- + **Patrones negativos de comunicación** son: a) culpar y criticar sin ver la propia responsabilidad y/o sin motivación para cambiar las cosas; b) “adivinar” los pensamientos de los otros y actuar en consecuencia sin preguntarles lo que piensan y sienten; c) hacer afirmaciones incompletas (p.ej., "*estoy enfadado*") sin especificar por qué; d) tomar los eventos modificables como si no lo fueran ("*no puedo lograr que mis hijos me respeten*"); e) sobregeneralizar ("*nunca puedo conseguir algo que valga la pena*").
- **Los trastornos psicológicos surgen:** a) cuando adaptarse al sistema requiere pensar, sentir y/o actuar de una manera que resulta perjudicial para una persona, y b) cuando una persona intenta cambiar sus funciones o pautas de interacción dentro del sistema sin tener poder o capacidad suficiente para vencer o sortear las resistencias del sistema.
- El miembro de la familia que según esta es el que presenta el problema (**paciente identificado**) es considerado como una expresión de la disfunción del sistema familiar (aunque el problema cumple una función dentro de la lógica interna del sistema). En consecuencia, la **resolución del problema implica cambios en el sistema y no simplemente una modificación directa de las conductas problemáticas.**
- La terapia **enfatisa el presente y suele ser breve**. Por lo general, no pasa de 20 sesiones repartidas a lo largo de un máximo de 2 años.

- Se reconoce la importancia de la **cordialidad y empatía** por parte del terapeuta, unidas, por lo general, a un **estilo directivo** por parte de este.

Rodríguez y Beyebach (1994) han señalado que en las concepciones sistémicas tradicionales se considera a la familia como el sistema y a las personas como elementos del mismo. Sin embargo, también puede considerarse que **cliente y terapeuta forman un sistema** o que las **conductas de una sola persona o incluso los significados que atribuye a acontecimientos concretos pueden considerarse sistemas en sí mismos**. Así, la depresión puede verse como el resultado de una interacción en un sistema interpersonal (la depresión de una persona se mantiene porque sus familiares le resuelven todos sus problemas y le hacen sentirse un *inútil*) o como un sistema de conductas que se autoperpetúan (la persona que se siente deprimida no se relaciona con otros y la disminución de este contacto social le hace sentirse más triste). En ambos casos se da la característica fundamental de los sistemas: entender los sucesos como organizados en procesos de retroalimentación recursiva.

Es importante tener en cuenta que aunque estos enfoques se han especializado en el tratamiento de **familias y parejas, existen también otros modos de abordar estos problemas** (dinámicos, conductuales y cognitivo-conductuales) que pueden ser integrados o no con la perspectiva sistémica.

Pueden distinguirse varias escuelas sistémicas: **la escuela interaccional del MRI** (Mental Research Institute, representada por autores como Watzlawick, Weakland, Fisch), **la escuela estructural/estratégica** (representada por autores como Minuchin, Haley, Aponte, Fishman, Montalvo), **la escuela de Milán** (representada por autores como Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata) y el **enfoque ecosistémico** (De Shazer). Las influencias recíprocas entre estas escuelas han sido muy frecuentes.

Valoración de los modelos sistémicos

Positivo

- **Énfasis en los factores interpersonales y sociales.** Las variables fisiológicas, psicológicas internas y de aprendizaje tratan de tenerse en cuenta, pero desde la perspectiva del sistema interpersonal y social en el que se encuentra la persona.
- **Nuevas perspectivas en el tratamiento de parejas y familias.** Los enfoques sistémicos se ha aplicado a problemas en la adolescencia (delincuencia, esquizofrenia incipiente, drogadicción), trastornos infantiles en general y problemas psicósomáticos (diabetes, asma, anorexia).

Negativo

- La psicoterapia sistémica no se deriva más que indirectamente, en el mejor de los casos, de la investigación básica.
- La actuación sobre los patrones de interacción no es suficiente en muchos casos. La importancia de los **factores individuales no puede ser soslayada**.
- Se enfatiza muchas veces el papel del sistema familiar y **se olvidan otros sistemas** que pueden ser tanto o más importantes, tales como el grupo laboral, el grupo de adolescen-

tes, una secta, etc.

- Aunque estudios no experimentales sugieren la eficacia de las intervenciones sistémicas, existen **pocas investigaciones controladas**.
- **Se ha dicho que el estilo sistémico de terapia es manipulador o distante.** Una perspectiva alternativa en el primer caso es que el terapeuta debe ser directivo para conseguir el cambio y además dispone de poco tiempo antes de quedar prisionero del sistema. En el segundo caso, lo que sucede a veces simplemente es que los terapeutas no desean implicarse en la familia para no perder la objetividad y la capacidad de producir cambio.

MODELOS CONDUCTUALES Y COGNITIVO-CONDUCTUALES

Representados por autores como Skinner, Kazdin, Wolpe, Marks, Eysenck, Rachman, Beck, Ellis, Meichenbaum, Bandura, Clark y Salkovskis, las características de los modelos son las siguientes:

- **Se supone que la mayor parte de las conductas consideradas inadecuadas se adquieren, mantienen y cambian según los mismos principios que regulan las conductas consideradas adecuadas.** Tanto unas como otras son principalmente, aunque no exclusivamente, una consecuencia de la **historia de aprendizaje**. (El aprendizaje se concibe en un sentido amplio e incluye el condicionamiento clásico y operante, el modelado, la transmisión de información y los procesos cognitivos implicados.)
 - # **No todas las conductas inadecuadas resultan básicamente de un aprendizaje.** Se tiende a considerar que los trastornos psicóticos, el autismo, el trastorno maníaco-depresivo y el retraso mental tienen importantes determinantes orgánicos, aunque los factores ambientales también influyen. Estas alteraciones no pueden ser “curadas” por la terapia conductual o cognitivo-conductual (TCC a partir de ahora para denominar a ambas terapias), pero esta puede ayudar dentro de unos límites a las personas afectadas.
 - # Aunque se da un menor protagonismo a los **factores genéticos y orgánicos**, no se los ignora en absoluto. Su influencia es vista bien como una **limitación estructural** sobre la cual operan los factores de aprendizaje en la determinación de la conducta bien como una **predisposición** a ciertas formas de reaccionar que interactúa con las experiencias de aprendizaje.
- **Se considera que la mayor parte de las conductas inadecuadas (y las adecuadas también) pueden ser modificadas a través de la aplicación de principios psicológicos, especialmente los del aprendizaje.** Esto no quiere decir que en todos los casos puedan ser modificadas en la extensión deseada, al menos con las técnicas de que actualmente se dispone en TCC.
 - # En algunos pacientes con determinados trastornos (p.ej., ansiedad, depresión unipolar no psicótica, dependencia de sustancias) puede ser conveniente la **combinación de la TCC con la terapia farmacológica**. En otros trastornos (p.ej., esquizofrenia crónica, trastorno bipolar, trastorno de déficit de atención con hiperactividad), el tratamiento combinado es claramente el más eficaz y sin la medicación, los efectos de la TCC serían nulos o leves.
 - # Finalmente, existen alteraciones (p.ej., depresión psicótica) para las que no existe

documentación sobre la utilidad de la TCC y para los que la **farmacoterapia** parece ser el tratamiento a elegir, al menos como intervención principal.

- **Las formulaciones teóricas y los procedimientos de evaluación e intervención son empíricamente evaluados, es decir, se valora su adecuación o eficacia utilizando una metodología científica (de tipo experimental cuando es posible).**
 - # Por lo que se refiere al tratamiento, la mayor parte de los procedimientos utilizados en TCC tienen una base empírica relativamente sólida, aunque las pruebas para otros (p.ej., detención del pensamiento, algunas técnicas de condicionamiento encubierto) son todavía débiles, siempre, claro está, en referencia a problemas determinados y a otros aspectos como las características de los clientes. No puede hablarse de la eficacia de un procedimiento en general.
 - # La propia práctica clínica proporciona ideas para refinar y mejorar los procedimientos empíricamente evaluados; estas ideas son también sometidas a prueba. Por otra parte, durante la **práctica clínica** deben tomarse **decisiones** con relación a **aspectos que no han sido investigados** o no lo han sido suficientemente; en estos casos, uno debe basarse en su propia experiencia o en la de otros.
 - # Aunque la TCC se caracteriza por el empleo de una metodología científica en el estudio y cambio de la conducta humana, **bastantes investigaciones presentan deficiencias metodológicas importantes**; por ejemplo, diseños inadecuados, confusión entre terapeutas y tratamientos, intervenciones comparadas no igualmente creíbles, evaluadores y/o terapeutas no ciegos a las hipótesis de investigación, falta de control de la integridad de las intervenciones y análisis estadísticos inapropiados.
- **La evaluación en TCC (evaluación conductual) va dirigida a especificar claramente las conductas problemáticas (por exceso o por defecto) del cliente y las variables (antecedentes y consecuencias personales y ambientales, características personales estables) que las regulan.**
 - # Por **conducta** se entiende cualquier actividad motora, cognitiva, autónoma o emocional que sea especificable y mensurable (no tiene por qué ser públicamente observable). Sin embargo, existen en este punto divergencias entre los terapeutas de conducta. Unos piensan que las cogniciones juegan un papel importante ya sea como problemas (obsesiones, autocrítica persistente) o como factores explicativos de conductas problemáticas. En cambio, los que trabajan dentro del enfoque del análisis conductual aplicado se concentran normalmente en la conducta manifiesta y en los determinantes ambientales, en vez de en los fenómenos internos.
 - # También se exploran los **recursos, competencias y limitaciones del cliente** y se obtiene información de diversas **áreas de su vida pasada y presente** (familiar, social, laboral, sexual, pareja, salud, ambiente físico, etc.). No se intenta asignar categorías diagnósticas a las personas (aunque puede hacerse si se desea), sino saber lo que **hacen, sienten y piensan en situaciones específicas** y establecer las oportunas relaciones funcionales entre las conductas problemáticas y las variables que las regulan.
- **En evaluación conductual se enfatizan los determinantes actuales de las conductas problemáticas, aunque no se pasan por alto los determinantes históricos.** Se considera que la información sobre el pasado de una persona (lo cual no quiere decir una exploración detallada de su infancia) puede permitir una mejor comprensión de sus problemas actuales y puede ofrecer indicios sobre los factores vigentes que están controlando la

conducta.

- # Sin embargo, también se tiene en cuenta que las **condiciones que mantienen la conducta actual pueden ser bastante diferentes de aquellas que dieron lugar al surgimiento** de la conducta. Por ejemplo, los ataques de pánico pueden surgir facilitados por acontecimientos estresantes y luego mantenerse por el miedo a que se repitan. Por otra parte, el pasado no puede ser reconstruido con la objetividad necesaria y no puede hacerse nada sobre los determinantes pasados de una conducta; sólo se puede actuar sobre los determinantes actuales.
- # **Comprender la etiología de un problema psicológico puede ser útil, pero no es esencial para producir un cambio** conductual (aunque sí de cara a la prevención). A la inversa, el éxito en cambiar una conducta problemática no muestra que la explicación acerca de su génesis sea correcta.
- **En función de la evaluación realizada, se elabora un programa de intervención que tenga en cuenta el problema o problemas específicos presentados, las variables que los controlan y las características de cada cliente (edad, nivel cultural, motivación, expectativas) y de su medio.** Existen muchas técnicas de TCC que pueden combinarse y variarse de múltiples formas para desarrollar distintos programas de intervención. Por tanto, no existen, en principio, intervenciones estándar para problemas estándar. Sin embargo, en las investigaciones se utilizan con frecuencia diseños entre-grupos con intervenciones prefijadas y no individualizadas. Tampoco es raro que en la práctica clínica muchas decisiones de intervención se basen en modelos nomotéticos del problema en vez de en análisis funcionales idiográficos (Haynes y O'Brien, 1990).
- **La evaluación es un proceso continuo que prosigue a lo largo de la intervención y en el que se analizan los resultados parciales que se van obteniendo y la nueva información que pueda ir proporcionando el cliente (incluyéndose aquí los nuevos problemas que pueda comunicar).**
 - # **De este análisis dependerá que:** a) Se adopten acciones correctoras cuando la intervención no se realiza tal como estaba planeado. b) Se modifique la intervención caso de que no se considere adecuada. c) Se reconsideren o no los objetivos a lograr y la evaluación inicial de los problemas del cliente.
 - # La evaluación no termina con el cese de la intervención, sino que se realiza también después de pasar un/os cierto/s periodo/s de tiempo tras la finalización de esta (**seguimiento**) para comprobar si se mantienen los logros alcanzados. El hecho de que la evaluación del progreso tenga lugar de forma continua a lo largo de la intervención ha llevado en ocasiones a que no se realice una evaluación final más exhaustiva del problema. Sin embargo, esto es muy recomendable. Por otra parte, en la práctica clínica se hacen seguimientos con poca regularidad debido a cuestiones de tiempo por parte del terapeuta.
- **Las técnicas de TCC se derivan de los principios teóricos y hallazgos empíricos de la psicología científica o, al menos, son congruentes con ellos.**
 - # Este último matiz es muy importante por dos razones: a) muchas técnicas tienen precursores históricos remotos y recientes, aunque, eso sí, por lo general, menos sistematizados y perfeccionados; b) muchas técnicas deben más a la experiencia clínica que a los modelos teóricos y hallazgos experimentales de la psicología.

- # El terapeuta de conducta emplea el **conocimiento científico pertinente combinado con sus experiencias personales y con información que no ha sido derivada de la psicología científica**. A este respecto, la práctica clínica y la vida cotidiana enseñan formas de solucionar problemas a veces mucho más ingeniosas que las elaboradas en centros de investigación. Sin embargo, estas formas deberán someterse a prueba.
- **La intervención se dirige a prevenir, eliminar o reducir conductas inadecuadas y a enseñar o potenciar conductas adecuadas teniendo en cuenta las variables que controlan estas conductas.**
- # Muchos autores han añadido además que la intervención no se centra en (supuestas) **causas subyacentes**. Ahora bien, depende de lo que se entienda por "causas subyacentes". Si por estas se entiende impulsos reprimidos, conflictos inconscientes y otras variables inferidas con escaso o nulo anclaje empírico, entonces la TCC no aborda las causas subyacentes. Ahora bien, si por causas subyacentes se entiende las variables actuales que regulan la conducta, sean estas variables ambientales o personales (a condición en este caso de que estén ancladas en variables antecedentes y consecuentes objetivamente observables), entonces la TCC sí que tiene en cuenta las causas subyacentes. (Sin embargo, los seguidores del análisis conductual aplicado tienden a evitar los fenómenos internos, cognitivos o biológicos.)
- # Así pues, la intervención no se centra únicamente en las conductas problemáticas, sino también en los factores actuales que regulan estas conductas. **Una intervención que no altere las principales variables controladoras de una conducta será probablemente ineficaz**. Por ejemplo, si una persona bebe excesivamente para controlar su ansiedad social y simplemente eliminamos la conducta de beber mediante terapia aversiva, es muy probable que reaparezca la conducta problema o que la persona acuda a otras drogas o que limite sus contactos sociales. Igualmente, un insomnio puede estar en función de un miedo a la oscuridad y/o a los ladrones; generalmente, poco se conseguirá tratando directamente el insomnio mediante relajación si no se eliminan los miedos mediante otros métodos.
- **Las metas de la intervención y esta misma se acuerdan mutuamente entre terapeuta y cliente (y/o los tutores o responsables de este).**
- # Aunque, en general, los objetivos deben ser acordados con el cliente, conviene hacer algunas **matizaciones**. Objetivos muy atemorizantes no tienen por qué ser mencionados de entrada y otros objetivos no tienen por qué ser operacionalizados con el paciente. Por ejemplo, podemos compartir con el cliente el objetivo de elevar el estado de ánimo, pero no que esto se determinará sacando menos de una puntuación X en un cierto cuestionario.
- # Las metas no consisten en enunciados vagos y generales, sino que son **claramente definidas y especificadas**. En el caso de una depresión, posibles metas serían incrementar las relaciones sociales y actividades placenteras y reducir significativamente los lloros y la puntuación en un test de depresión. Existen unas metas u objetivos finales para alcanzar las cuales se procede a través de una serie de **subobjetivos** también claramente especificados.
- **Por lo general, la intervención se lleva a cabo, antes o después, en el ambiente natural en el que ocurren las conductas problemáticas o no ocurren las conductas de interés**. La intervención puede aplicarse en el ambiente natural ya desde el principio; por ejemplo, el terapeuta se desplaza al medio del cliente, se utilizan paraprofesionales (pa-

dres, maestros, familiares, amigos, compañeros, pareja, asistentes en instituciones) y/o se emplean técnicas de autodirección. Por otro lado, la intervención en el medio natural puede ir precedida por o ser simultaneada con una intervención en ambientes más restringidos (consulta, hospital, institución).

- **Los efectos de la intervención son evaluados a través de múltiples modalidades de respuesta mensurable** (motora, cognitiva, autónoma, emocional) –con particular énfasis en la conducta manifiesta (a no ser que otro tipo de conducta sea el foco de interés)– **y de múltiples métodos y fuentes de información** (entrevista, cuestionarios, autorregistros, observadores, personas allegadas, registros mecánicos). **Se enfatiza la significación clínica del cambio y la generalización y mantenimiento de este.**

Los resultados de la intervención son evaluados en términos del cambio inicial conseguido, de su generalización a las situaciones pertinentes de la vida real y de su mantenimiento a lo largo del tiempo. (El tratamiento incluye las estrategias oportunas para favorecer esta generalización y mantenimiento.) Además, se busca evaluar si los cambios conseguidos con la intervención son clínica o socialmente significativos. Es decir, no basta con conseguir cambios en las conductas problemáticas, sino que estos cambios deben ser de tal magnitud que supongan una resolución o al menos una mejora sustancial de los problemas para los que se ha aplicado la intervención.

- **La TCC supone la colaboración y participación activa del cliente en los procesos de evaluación e intervención.** Esto implica por parte del cliente:
 - # Participar en la discusión y posterior **acuerdo sobre la forma de conceptualizar sus problemas**, sobre los **objetivos** a alcanzar y sobre los **métodos de intervención** a seguir.
 - # **Cooperar** constantemente en el proceso de **evaluación continua** (piénsese, p.ej., en los autorregistros) y en las actividades de **tratamiento**, ya sea durante la sesión o fuera de ella.
 - # Variables como la edad, desarrollo intelectual, locus de control y gravedad de los problemas, entre otras, determinan que un cliente juegue un papel más o menos activo en los procesos de evaluación e intervención y que otras personas (padres, maestros, otros responsables) tengan un papel más o menos prominente en estos procesos.
- **Se considera que una relación positiva y de confianza entre terapeuta y paciente es una condición importante, aunque no suficiente, para la buena marcha de la intervención y para la consecución del cambio conductual.**
 - # Diversos estudios que han comparado la forma de trabajar de terapeutas de distintas orientaciones no han encontrado diferencias entre el tipo de relación que establecen con sus clientes (Keijsers, Schaap y Hoodguin, 2000). Los terapeutas de conducta establecen una relación empática y cordial con sus clientes. La importancia de una buena relación entre terapeuta y cliente queda patente si se piensa que sin ella es muy dudoso que el cliente colabore y participe activamente en los procesos de evaluación e intervención, lo cual es una de las características de la TCC.
 - # Naturalmente, la importancia de la relación entre terapeuta y cliente se extiende también a la relación del terapeuta con aquellas personas con las que interactúa en el contexto de la intervención; por ejemplo, los responsables del cliente cuando este es menor de edad o sufre algún tipo de incapacitación.

Pueden distinguirse **cuatro enfoques principales** dentro de los modelos conductuales y cognitivo-conductuales: a) análisis conductual aplicado (Skinner), b) enfoque neoconductista mediacional (Wolpe), c) enfoque cognitivo-conductual (Beck, Ellis, Meichenbaum), y d) teoría cognitivo-social (Bandura). Estos enfoques, a pesar de sus diferencias, no están necesariamente en oposición unos a otros y **no constituyen grupos cerrados**; muchos terapeutas de conducta no pueden ser encuadrados de forma simple y exclusiva en ninguno de ellos.

Conviene señalar, por otra parte, que a partir del análisis conductual aplicado se ha desarrollado un movimiento denominado **contextualismo** –o análisis conductual clínico– que difiere del primero en algunos aspectos. La diferencia fundamental está en el desarrollo terapéutico, en el cual la conducta verbal adquiere un gran protagonismo. Dentro del contextualismo pueden distinguirse la terapia de aceptación y compromiso de Hayes, la psicoterapia analítica funcional de Kohlenberg y Tsai, la terapia de conducta dialéctica de Linehan y la terapia integradora de pareja de Jacobson (Vázquez, 2004). Estas terapias han sido denominadas la tercera generación de la terapia conductual (la primera sería la terapia conductista y la segunda la terapia cognitivo-conductual), la cual da una importancia fundamental al contexto en el que ocurre el comportamiento y a las funciones de este más que a su forma o topografía. Así, por ejemplo, sería más importante considerar la función que tienen unos pensamientos en vez de su contenido.

Valoración de los modelos conductuales y cognitivo-conductuales

Positivo

- Énfasis en las **experiencias de aprendizaje**.
- Concepción **optimista sobre las posibilidades de cambio** de las personas.
- **Bajo o moderado nivel de abstracción en sus formulaciones**, lo que facilita su estudio científico.
- **Énfasis en la comprobación empírica** de las formulaciones teóricas, de la fiabilidad y validez de los instrumentos de evaluación y de la eficacia de los tratamientos aplicados. Los modelos conductual y cognitivo-conductual son los que más han contribuido a la consideración de una **psicoterapia científica**.
- Descripción y sistematización de **gran número de técnicas de amplio uso**.

Negativo

- **Falta de un marco teórico claro y diferenciado**. Resulta difícil establecer que es lo que tiene de específico el modelo conductual más allá de su adhesión a la metodología científica, metodología que puede ser utilizada, naturalmente, por otros enfoques.
- **Énfasis injustificado en que los principios y técnicas empleados han sido derivados de la psicología científica**, cuando, en realidad, muchos de ellos deben más a la experiencia clínica.
- **Falta de reconocimiento de los factores cognoscitivos y subjetivos en los enfoques no cognitivos**.

- **Supeditación de la emoción a la cognición en los enfoques cognitivos.**
- **Se requiere una mejor validación de los procedimientos de evaluación de las cogniciones** y que estos no consistan sólo en autoinformes.

FACTORES DIFERENCIALES ENTRE LOS DIVERSOS MODELOS DE INTERVENCIÓN

Una de las diferencias más notables entre los diversos modelos es el **nivel de inferencia empleado** a la hora de interpretar y dar significado a la información obtenida. Este nivel de inferencia es alto en los modelos psicodinámicos y fenomenológicos, moderado o bajo en el submodelo cognitivo-conductual y bajo en el submodelo del análisis conductual aplicado (conductista). Supongamos que sabemos lo siguiente. Un niño pequeño llora fuertemente durante un cierto periodo cuando se le acuesta en su cuna cada noche. Al cabo de cierto tiempo variable, la madre entra en el cuarto, lo tranquiliza y el niño deja de llorar. Posibles inferencias a partir de esta información serían las siguientes (Bernstein y Nietzel, 1980/1988):

1. El llanto cesa cuando la madre entra en la habitación y comienza de nuevo cuando se va.
2. La madre se muestra muy ansiosa acerca del bienestar de su hijo.
3. Parece que la madre considera que el llanto es una situación de crisis.
4. El llanto se ve reforzado por medio de la atención de la madre (modelo conductual).
5. La atención ciega de la madre puede ser una formación reactiva que oculta su desprecio inconsciente hacia el hijo (modelo psicodinámico).
6. La ansiedad de la madre no consiste tanto en una preocupación por el hijo, como en lo que ella considera que es una forma óptima de cómo debe comportarse una buena madre (modelo fenomenológico).
7. La madre exhibe un comportamiento neurótico (clasificación).
8. Es probable que el niño dependa exageradamente de la madre en su vida futura (predicción).

Cuanto mayor es el salto entre los datos y las suposiciones, mayor es el nivel de inferencia y más fácil es cometer errores. El nivel y tipo de inferencia dependen de variables como el entrenamiento, modelo teórico, intuición, prejuicios y experiencias del terapeuta.

A nivel más específico, pueden señalarse una serie de **diferencias entre los distintos modelos** de intervención en cuanto a la concepción de la patología, la evaluación, los objetivos terapéuticos y el tratamiento.

Diferencias en cuanto a la patología:

- **Modelo psicodinámico:** Los síntomas son el resultado de conflictos inconscientes intrapsíquicos y/o interpersonales, de la rigidez de los mecanismos de defensa y de la fijación y regresión a etapas anteriores del desarrollo.

- **Modelo fenomenológico:** Los síntomas son consecuencia de la no autorrealización, de la incongruencia entre el sí mismo real y el sí mismo tal como es moldeado por los otros, y/o del funcionamiento desordenado del sistema de constructos.

- **Modelo sistémico:** Los síntomas del paciente identificado son el resultado de disfunciones en la estructura y comunicación del sistema familiar.

- **Modelo conductual y cognitivo-conductual:** Los síntomas son problemas derivados del aprendizaje (clásico, operante, observacional) o falta de aprendizaje de respuestas motoras, cognitivas, autónomas y emocionales. El modelo cognitivo-conductual enfatiza el papel de los pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias desadaptativas.

Diferencias en cuanto a la evaluación:

- **Modelo psicodinámico:** Se centra en la estructura del yo (límites, sentido de la realidad, funciones integradoras, sintéticas y organizadoras), mecanismos de defensa, estructura del superyó, situación del ello y de los impulsos sexuales y agresivos, ansiedad y emociones básicas, y relaciones objetales. Métodos: entrevistas no estructuradas, pruebas proyectivas.

- **Modelo fenomenológico:** Posibles aspectos de interés son el nivel de congruencia entre el sí mismo real y la forma en que uno siente, percibe y actúa, el proyecto existencial, los constructos personales, la percepción subjetiva del mundo y de uno mismo, el nivel de conciencia y aceptación de los propios deseos y necesidades, la integración de estas. Métodos: entrevistas no estructuradas, técnica de la rejilla.

- **Modelo sistémico:** Evalúa las pautas de comunicación disfuncionales, los límites entre subsistemas, las coaliciones, las interpretaciones de las secuencias de hechos, las interacciones familiares, el sistema de poder, la adaptación a los cambios. Métodos: Entrevistas, observación, cuestionarios.

- **Modelo conductual y cognitivo-conductual:** Especifica y cuantifica las conductas motoras, cognitivas, autónomas y emocionales implicadas en los problemas, e identifica las variables antecedentes, consecuentes y características personales estables funcionalmente relacionadas con las mismas. Métodos: Entrevistas (al cliente y a otros), cuestionarios, autorregistros, observación, registros psicofisiológicos.

Diferencias en cuanto a los objetivos terapéuticos:

- **Modelo psicodinámico:** Resolución de la transferencia y de los conflictos intrapsíquicos, disminución de los impulsos y manejo de estos, uso de defensas flexibles, *insight* intelectual y emocional, desaparición del síntoma, reestructuración de la personalidad.

- **Modelo fenomenológico:** Congruencia entre el sí mismo real y la forma en que uno siente, percibe y actúa, autorrealización, conciencia e integración de los propios deseos y necesidades.

- **Modelo sistémico:** Desaparición o reducción del problema, modificación de pautas disfuncionales de comunicación e interacción en la familia, cambios en la estructura de esta.

- **Modelo conductual y cognitivo-conductual:** Desaparición o reducción de los problemas y adquisición de habilidades para afrontar la vida.

Diferencias en cuanto a las técnicas de tratamiento:

- **Modelo psicodinámico:** Atención vigilante, asociación libre, confrontación, clarificación, interpretación, trabajo elaborativo, análisis de los sueños, análisis de las resistencias, análisis de la transferencia y otras técnicas (catarsis o abreacción, apoyo emocional, sugestión, persuasión, in-

formación objetiva).

- **Modelo fenomenológico:** Las actitudes del terapeuta (empatía, aceptación positiva incondicional, autenticidad) se consideran fundamentales. Además, pueden emplearse técnicas como centrarse en el aquí y ahora, fantasía (trabajo con sueños o imágenes), dramatización (psicodrama, técnica de la silla vacía y de las dos sillas), análisis de la vida, masaje y expresión corporal.

- **Modelo sistémico:** Técnicas de exploración y participación en el sistema (rastreo, acomodación, mimetismo, validación), reformulación, técnicas paradójicas (intención paradójica, restricción, posicionamiento, utilización), prescripción de tareas, ilusión de alternativas, uso de analogías, cuestionamiento circular y preguntas triádicas.

- **Modelo conductual y cognitivo-conductual:** Técnicas de respiración y relajación, técnicas de exposición, modelado, entrenamiento en habilidades sociales, técnicas operantes (reforzamiento, moldeamiento, costo de respuesta, economía de fichas, contratos, control de estímulos), biorretroalimentación, resolución de problemas, reestructuración cognitiva, entrenamiento autoinstruccional, técnicas de activación conductual y técnicas de distracción. Son comunes las actividades entre sesiones.

Consideremos un caso de agorafobia.

- Un **terapeuta psicodinámico** puede emplear asociación libre, interpretación y análisis de las resistencias y de la transferencia para que el cliente tome conciencia y supere el conflicto inconsciente subyacente. Un **terapeuta gestáltico** puede emplear el análisis de los sueños, el señalamiento del comportamiento no verbal y la técnica de las dos sillas para que el cliente tome conciencia de sus polaridades de dependencia-independencia y las integre.
- Un **terapeuta sistémico** puede reformular el problema en términos positivos, plantear una solución al mismo en términos paradójicos (p.ej., intención paradójica para los ataques de pánico) y utilizar el problema presentado para producir un cambio estructural en la familia. Un **terapeuta conductual** puede emplear exposición en vivo a las situaciones temidas junto con retroalimentación y reforzamiento.
- Finalmente, un **terapeuta cognitivo-conductual** puede emplear exposición en vivo e interoceptiva apoyada por estrategias de afrontamiento de la ansiedad/pánico (respiración, reestructuración cognitiva) y combinada, en los casos necesarios, por técnicas como la resolución de problemas y el entrenamiento en asertividad para el manejo de situaciones estresantes y conflictos interpersonales.

FACTORES COMUNES A LAS DISTINTAS ORIENTACIONES

¿Son las distintas orientaciones o modelos tan diferentes? **Una cosa es lo que se dice que se hace y otra lo que se hace realmente.** Desde luego, las diversas orientaciones son en la práctica más parecidas de lo que se dice, aunque, eso sí, **existen importantes diferencias** en la forma en que los terapeutas abordan los trastornos (centrarse en el pasado o en el presente, trabajar sólo dentro o también fuera de la sesión, considerar unos u otros factores como determinantes del problema, emplear unas u otras técnicas prioritariamente). Pero sin negar estas diferencias, **existen muchos factores comunes** a las distintas terapias psicológicas (véanse, por ejemplo, Gavino, 2004; Kleinke, 1994/1995; Rosa, Olivares y Méndez, 2004). El intento de encontrar estos factores debe basarse en lo que los terapeutas hacen en vez de en lo que dicen que hacen.

A continuación se presentan **ejemplos de factores comunes**, aunque no todos coinciden en cuáles son los implicados en la explicación del cambio:

- Empatía, aceptación positiva incondicional, autenticidad, credibilidad, apoyo, tranquilización, aliento y competencia por parte del terapeuta. Lo importante es la percepción que el paciente tiene de estas características.
- Relación positiva y de confianza entre terapeuta y paciente.
- La provisión de un marco de curación (despacho, clínica, hospital) que proporciona formalidad al proceso de terapia y ayuda a distinguir esta de la amistad o conversación casual.
- Relación de poder e influencia social. El terapeuta alcanza una posición de poder (a través del prestigio, sugestión, persuasión, congraciación) y luego emplea este poder para que los clientes asuman la responsabilidad del cambio y se vean y comporten de forma diferente.
- Reconceptualización de los problemas del paciente en términos plausibles y convincentes para él (con el *insight* que esto conlleva sobre cómo se comporta y las razones que le llevan a ello) y corrección de concepciones, creencias o esquemas erróneos a través de la provisión de información o de otros métodos.
- Ofrecimiento de procedimientos terapéuticos en los que creen terapeuta y paciente. Estos procedimientos amplían el abanico de estrategias del paciente para afrontar las situaciones problemáticas.
- Acuerdo entre cliente y terapeuta respecto a las metas y métodos de tratamiento.
- Desarrollo de fe, confianza y expectativas de mejora.
- Fomento de experiencias correctivas y experiencias de éxito que desarrollan sentimientos de autoeficacia y sensación de control.
- Oportunidad de comprobar repetidamente la realidad. Esto ayuda a corregir concepciones, creencias o esquemas erróneos.
- Reforzamiento de conductas deseables, aprobación, consejo.
- Facilitación de la puesta en marcha de recursos "dormidos" del paciente.
- Efectos sinérgicos que el cambio en un área de funcionamiento puede tener sobre otra.
- Facilitación de la catarsis o liberación emocional.
- Reducción de la perturbación emocional (a través de la relación terapéutica, apoyo, catarsis, etc.).

Muchos factores comunes entre orientaciones pueden coincidir en el nombre, pero no en cómo son llevados a cabo. Por ejemplo, la provisión de nuevas experiencias puede referirse a dentro o fuera de la sesión y las nuevas experiencias pueden definirse como experiencias de la infancia revividas, pensamientos nuevos, nuevas formas de experimentar autovaloraciones, nue-

vas respuestas del terapeuta a la forma habitual de comportarse del cliente (p.ej., responder a la ira y suspicacia con comprensión en vez de con hostilidad; o a la dependencia con fomento del comportamiento independiente en vez de con el reforzamiento de aquella), prescripción de nuevas formas de comportarse o la terapia psicológica en sí misma.

Los factores comunes pueden considerarse como estrategias que pueden llevarse a cabo a través de distintas técnicas que pueden variar según las orientaciones. Representan un nivel intermedio de abstracción entre las técnicas y la teoría.

Hasta el momento **no ha habido mucha investigación empírica para identificar estos factores**, para establecer si se dan en el mismo grado en las distintas orientaciones y para determinar si, como muchos piensan, son los responsables principales del cambio terapéutico. En este último caso, debería averiguarse también cuáles son los factores comunes implicados, que porcentaje del cambio explican y si son condiciones necesarias.

Existe una **necesidad de identificar empíricamente tanto los factores comunes como aquellas contribuciones únicas que cualquier orientación pueda ofrecer** (p.ej., el tratamiento de exposición para las fobias surgido dentro del enfoque conductual). Un enfoque ecléctico o integrador debe tener en cuenta ambas cosas. No todo son factores comunes. Por ejemplo, Lambert es citado frecuentemente respecto a los porcentajes con que contribuyen distintos factores al cambio terapéutico: factores extraterapéuticos de tipo personal, social y ambiental (40%), factores comunes (30%), técnicas (15%) y expectativas o efectos placebo (15%) (Feixas y Miró, 1993). Estos porcentajes deberían replicarse, ya que representan valoraciones y no derivaciones de cálculos estadísticos.

También es necesario estudiar **si el peso de los factores comunes varía en función de los problemas considerados**: fobias, compulsiones, trastornos psicóticos, disfunciones sexuales, tartamudeo, trastornos de personalidad, etc.

ECLECTICISMO E INTEGRACIÓN

En los últimos años ha habido un nuevo resurgir del interés por la integración de las terapias psicológicas (Feixas y Miró, 1993; Rosa, Olivares y Méndez, 2004). Este interés se ha visto **facilitado** por:

- La **proliferación de orientaciones**.
- Las **limitaciones conceptuales** de las orientaciones monolíticas. No basta con centrarse en uno o unos pocos aspectos: conducta, cogniciones, afecto, biología, procesos inconscientes, relación terapéutica.
- **Contingencias socioeconómicas y externas**, tales como ataques desde fuera y presiones de parte de jueces, administración, compañías aseguradoras y asociaciones de consumidores. Se han comenzado a exigir datos sobre la eficacia, utilidad clínica, calidad y durabilidad de los tratamientos, y, sin cambios terapéuticos, peligran el prestigio, los clientes y el dinero.
- **Incremento de los tratamientos breves (≤ 26 sesiones) centrados en el problema**. Esto se ha visto facilitado por las reducciones de pago por parte de la seguridad social y de las compañías de seguros. Además, existen datos de que las terapias breves pueden ser tan eficaces como las de larga duración y que la mayoría de la mejora ocurre en las pri-

meras 8 sesiones (Pekarik, 1993).

- **Oportunidades para observar otros tratamientos en acción y experimentar con ellos.** Estas oportunidades han venido dadas por la existencia de cursos en clínicas especializadas en trastornos concretos y por la publicación de manuales específicos sobre distintas intervenciones.
- Las **limitaciones en eficacia terapéutica** de las orientaciones monolíticas. Otras orientaciones pueden tener algo que ofrecer.
- **Creencia de que los factores comunes a las distintas orientaciones tienen un gran peso en la explicación del cambio terapéutico.**
- **Desarrollo de una red profesional para la integración**, constituida por la *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration* (SEPI), revistas y congresos sobre el tema.

Las orientaciones no deben ser compartimentos cerrados, sino que tienen que estar abiertas al cambio. Por otra parte, algunos han señalado que no es bueno llegar rápidamente a un solo enfoque terapéutico. La diversidad es la fuente de la novedad. **Debe haber bastante diversidad para interactuar, pero no tanta como para amenazar la identidad profesional de la terapia psicológica.** La actual fragmentación es nociva y da una mala imagen, tanto hacia el interior como hacia el exterior, pero una unificación prematura tampoco es útil. Una integración prematura de orientaciones o posiciones que no cuenten con suficiente apoyo empírico puede perjudicar el progreso.

El verdadero valor de la integración radica en su supuesta mayor eficacia. Sin embargo, no ha sido demostrado hasta el momento que un enfoque ecléctico o integrador sea más eficaz; podría incluso ser inferior. Además, existen **diferentes enfoques eclécticos e integradores**, los cuales pueden convertirse en nuevas orientaciones monolíticas y reproducir así el estado de cosas que se quiere superar.

La integración no debería limitarse a las terapias psicológicas, sino que debería extenderse a otras ramas de la psicología (cognitiva, básica, social, evolutiva, psicofisiología) y a otras disciplinas afines (psicofarmacología, medicina).

La elección personal del eclecticismo puede ser facilitada por los siguientes factores: a) Falta de presiones en el entrenamiento y ambientes profesionales dirigidas hacia una determinada orientación. b) Mayor experiencia clínica. c) Un impulso para combinar todas las intervenciones terapéuticas. d) Un carácter inconformista que lleva a moverse más allá de una determinada orientación. e) Una actitud escéptica hacia el *status quo*.

TIPOS DE ECLECTICISMO Y NIVELES DE INTEGRACIÓN

Feixas y Miró (1993) han distinguido **tres tipos de eclecticismo:**

- **Eclecticismo intuitivo o ateórico.** Muy frecuente en la práctica clínica, combina técnicas de diferentes enfoques sin que haya un sistema que dé coherencia al conjunto. La combinación depende de las intuiciones, experiencias y preferencias de cada terapeuta.
- **Eclecticismo técnico.** Combina técnicas de diferentes enfoques de acuerdo con criterios sistemáticos de tipo pragmático (eficacia) o teórico y sin tener por qué aceptar el marco

teórico original de las técnicas.

- **Eclecticismo sintético o integración teórica.** Trata de integrar conceptos de distintas teorías ya sea reformulando los conceptos de una en términos de la otra (integración asimilativa) o articulando entre sí conceptos teóricos de distinto origen, pero compatibles (integración acomodativa).

En cuanto a los **niveles de integración**, podemos distinguir la teoría, la metodología y la tecnología.

- **Teoría.** Existen importantes diferencias en la filosofía base sobre la concepción del hombre. Aquí la **integración es difícil**. Según Beutler, una teoría integrada no es posible porque las teorías existentes de los terapeutas: a) están confundidas con sus propias creencias personales, b) se reflejan muy poco en las decisiones momento a momento durante el tratamiento, c) son innumerables, y d) no responden a ningún argumento o disconfirmación.
 - # La integración se verá facilitada si las teorías amplias y muy inferenciales que intentan explicar todos los aspectos del funcionamiento humano y tipo de problemas se ven sustituidas por **modelos más específicos y operacionales** que se centren en la explicación, mecanismos de cambio y tratamiento de diferentes problemas clínicos. Podría recordarse aquí la famosa pregunta de Paul: ¿Qué intervención, aplicada por quién, es más eficaz para este paciente con este problema y bajo qué circunstancias?
 - # La **integración de las teorías lleva consigo la de las técnicas**. Limitarse sólo a esto último es lo propio del eclecticismo técnico. Este es el más frecuente en la práctica, mientras que la integración es una aspiración. Las **diferencias (simplificadas) entre eclecticismo e integración** se exponen a continuación.

Eclecticismo	Integración
Técnico	Teórica
Divergente (diferencias)	Convergente (comunalidades)
Escogiendo entre muchos	Combinando muchos
Aplicando lo que hay	Creando algo nuevo
Acumulación	Combinación
Aplicando las partes	Unificando las partes
"Ateórico", pero empírico	Más teórica que empírica
Suma de las partes	Más que la suma de las partes
Realista	Idealista

- **Metodología.** Necesidad de someter a prueba las formulaciones teóricas, métodos de evaluación y tratamientos. **Se carece de datos suficientes de eficacia de muchas orientaciones.** Se necesita un **consenso sobre metodología adecuada y sobre medidas terapéuticas aceptables.**
- **Tecnología.** Pueden emplearse técnicas de distintas orientaciones sin aceptar necesariamente sus bases teóricas o reinterpretando estas bases. La utilidad radica en razones empíricas, no teóricas. El eclecticismo técnico persigue mejorar la habilidad para seleccionar el mejor tratamiento para una persona y problema. Para ello, se miran los datos de lo que

mejor ha funcionado para otros con similares problemas y características.

- # El **eclecticismo** tiene a veces una connotación peyorativa porque **se le confunde con el sincretismo** (eclecticismo ateuico): combinaciones no críticas y no sistemáticas de técnicas, que suelen reflejar mediocridad e incompetencia. Como dijo Rotter: "Todo pensamiento sistemático implica la síntesis de puntos de vista preexistentes. No es cuestión de ser o no eclético, sino de ser o no consistente y sistemático".
- # **Una técnica puede no ser la misma cuando se aplica en diferentes orientaciones.** Por ejemplo, en la técnica de las dos sillas un terapeuta gestáltico dará gran importancia a la observación y exageración de gestos físicos, a la expresión de sentimientos y a la toma de conciencia de estos. En cambio, un terapeuta cognitivo se preocupará menos por los niveles crecientes de emoción que por descubrir las creencias inadaptadas que subyacen a la emoción experimentada.
- # **Aunque un eclecticismo técnico puede ser pragmáticamente útil, es preferible un integracionismo que vaya más allá.** El eclecticismo técnico es útil para sintetizar lo que se sabe, pero las consideraciones teóricas controladas pueden fomentar nuevos descubrimientos. Sin embargo, muy probablemente no ha llegado aún el tiempo de un integracionismo teórico.

OBSTÁCULOS PARA LA INTEGRACIÓN

Pueden citarse los siguientes:

- **Diferentes filosofías** base sobre la concepción del hombre, determinantes de la personalidad, explicaciones de la conducta normal y anormal, y objetivos de la terapia. Esto va asociado a diferencias en lo que se considera formas válidas de conocimiento (inferencia, significado subjetivo, observación) y los métodos para adquirir este conocimiento (interpretación, exploración fenomenológica, método experimental).
- **Problemas de lenguaje.** Falta de un lenguaje común, reacciones emocionales negativas ante determinadas palabras o conceptos, dificultad en entender otros conceptos, empleo de distintos términos para decir lo mismo y de palabras idénticas con significado diferente. Una alternativa es desarrollar un lenguaje común basado en la psicología cognitiva experimental, aunque hay que reconocer que esta permanece aún muy desconectada de la clínica. Mientras tanto, sería útil conocer distintos lenguajes teóricos.
- **Falta de conocimiento adecuado de otras orientaciones.** Conocimiento superficial basado por lo general en segundas fuentes, conocimiento anticuado, interpretaciones erróneas, sesgo emocional negativo.
- **Competitividad entre orientaciones** asociada a beneficios sociales, profesionales y económicos.
- **La identificación con la propia orientación da seguridad** y evita el miedo a sentirse solo o aislado. Además, facilita la comunicación y el intercambio de información con otros profesionales afines.
- **Falta de entrenamiento en más de una orientación.** Sin embargo, hay que reconocer que un programa de entrenamiento en terapia psicológica integradora es algo complejo y muy exigente. También requiere mucho más trabajo mantenerse al día.

- **Investigación empírica inadecuada sobre la integración de las terapias psicológicas.** No ha sido demostrado hasta el momento que un enfoque ecléctico o integrador sea más eficaz.

Probablemente, **el tiempo para la integración aún no ha llegado. Ni tan siquiera hemos conseguido la integración dentro de las distintas orientaciones. Sin embargo, ha habido avances al respecto.** Así, en TCC se ha reconocido la importancia de factores cognitivos y del procesamiento inconsciente; y en psicoanálisis se ha tendido hacia tratamientos más cortos, consideración de variables interpersonales y empleo de técnicas orientadas a la acción.

ÁREAS DE APLICACIÓN

Las áreas de aplicación de la intervención psicológica abarcan distintos ámbitos: clínica, salud, trabajo, educación, comunidad, deporte. Podemos encontrar psicólogos trabajando en clínicas, hospitales, centros de salud (general o mental), centros de tratamiento de drogodependencias, empresas, centros educativos, centros de atención psicopedagógica, instituciones para retrasados mentales, centros de asistencia al menor, juzgados, instituciones penitenciarias, residencias de ancianos, centros de acción social, centros de rehabilitación de inválidos, equipos deportivos, centros militares, práctica privada, etc.

A continuación se enumeran las distintas áreas y problemas en que las intervenciones psicológicas han sido aplicadas hasta el momento. Para más información, pueden consultarse Carroble (1985) y Labrador (1984, 1990), así como los numerosos libros que describen las diferentes aplicaciones de las distintas intervenciones psicológicas.

ÁREA CLÍNICA

- Fobias y miedos específicos, fobias sociales, agorafobia.
- Trastorno de pánico y ataques de pánico.
- Ansiedad social, ansiedad heterosocial, falta de aserción, déficit de habilidades sociales.

- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastorno por estrés postraumático (por accidente, violación, tortura, combate).

- Trastorno de ansiedad por separación.
- Depresión, trastorno bipolar.
- Disfunciones sexuales (impotencia, eyaculación precoz, anorgasmia, vaginismo) y parafilias (paidofilia, exhibicionismo, fetichismo).

- Trastornos de pareja.
- Insomnio, pesadillas, terrores nocturnos.
- Obesidad, anorexia, bulimia.

- Drogodependencias: alcohol, tabaco, heroína, cocaína, cafeína, fármacos
- Juego patológico.
- Ira, agresión.

- Víctimas de malos tratos y de abusos sexuales.
- Tartamudeo, tics, hábitos nerviosos (onicofagia, tricotilomanía, bruxismo)
- Mutismo selectivo.

- Enuresis y encopresis.
- Hiperactividad/impulsividad, déficit de atención.
- Problemas niños-padres: desobediencia, negativismo, rabietas, mentiras, robos.

- Deficiencia mental.
- Autoestimulación y autolesión.
- Esquizofrenia, autismo, psicosis infantiles.

- Duelo, culpabilidad, baja autoestima, mutismo electivo.
- Trastornos de personalidad.
- Delincuencia.

ÁREA DE SALUD

- Sistema cardiovascular: arritmias cardíacas, hipertensión esencial, migrañas, enfermedad de Raynaud.
- Sistema neuromuscular: parálisis, paresis, espasticidad, temblores, tortícolis espasmódica, espasmos, calambre del escribiente, síndrome temporomandibular, cefaleas tensionales.
- Sistema gastrointestinal: trastornos de la motilidad esofágica, colon irritable, úlceras pépticas, colitis ulcerosa, incontinencia fecal, diarrea funcional, estreñimiento, náuseas y vómitos.
- Sistema genitourinario: retención urinaria, incontinencia urinaria, micción excesiva.
- Sistema nervioso central: epilepsia, demencias.
- Sistema respiratorio: asma.

- Sistema dermatológico: neurodermatitis, urticaria, acné.
- Sistema visual: estrabismo, miopía, glaucoma.
- Sistema endocrino: diabetes.

- Sistema inmunológico: cáncer, SIDA.
- Dolor crónico, dismenorrea.
- Facilitar el cumplimiento de los tratamientos (médicos, psicológicos).

- Preparación para intervenciones quirúrgicas o partos.
- Ayuda en la recuperación y convalecencia.
- Apoyo en estados terminales.

ÁREA LABORAL

- Entrenamiento para buscar empleo y superar entrevistas y pruebas de selección.
- Entrenamiento en técnicas requeridas por el propio empleo.
- Mejora del rendimiento o productividad.

- Consecución de mayores niveles de satisfacción laboral.
- Entrenamiento y desarrollo de recursos personales.
- Mejora de las relaciones entre compañeros y entre jefes y subordinados.

- Entrenamiento en dirección de organizaciones y grupos.
- Aumento de la seguridad en el trabajo.
- Tratamiento de la inadaptación laboral y abandono del trabajo.

- Control del absentismo laboral, retrasos en el horario e indolencia.
- Control de robos, hurtos y sustracciones.
- Preparar al personal para nuevas tareas, trabajos y profesiones.

- Preparación para la situación de retiro.

ÁREA EDUCATIVA

- Enseñanza programada.
- Incremento de las habilidades del maestro para conducir la clase.
- Incremento del desempeño académico en general y en áreas específicas.

- Aumento y mejora de las relaciones entre compañeros.
- Control de conductas perturbadoras en clase.
- Modificación de las conductas del maestro por parte de los alumnos.

- Reducción de miedos relacionados con el contexto escolar.
- Reducción del absentismo escolar.
- Disminución de la ansiedad ante los exámenes.

- Aumento de la creatividad.
- Desarrollo de buenos hábitos de estudio.
- Tratamiento del retraso escolar.

- Aumento de la motivación para el estudio.
- Consecución de mayores niveles de satisfacción escolar.

ÁREA DEL DEPORTE

- Control de los niveles de activación emocional antes y después de la competición.
- Mejora de la ejecución durante la competición.
- Entrenamiento en las técnicas específicas requeridas.

- Modificación de las atribuciones de éxito y fracaso, mejora de la autoestima.
- Afrontamiento de situaciones conflictivas.
- Mejora de la relación entre el entrenador y los deportistas.

- Mejora de la cohesión entre los miembros de un equipo.
- Aprendizaje de respuestas de autocontrol y de no responder a las provocaciones del público u otras personas.

ÁREA COMUNITARIA

- Entrenamiento con niños en resolución de problemas interpersonales y en habilidades sociales.
- Preparación para la maternidad/paternidad.
- Educación para la salud (nutrición, ejercicio, control de ritmos de trabajo excesivos, hábitos de higiene [p.ej., bucodental], limitación del alcohol, tabaco y cafeína).

- Programas de planificación familiar.
- Programas de educación sexual y prevención de enfermedades de transmisión sexual.
- Programas dirigidos a la evaluación y diseño o cambio de ambientes.

- Programas de entrenamiento dirigidos a paraprofesionales.
- Programas dirigidos a grupos de población específicos tales como maestros, personal tutelar, personal sanitario, policías, pacientes psiquiátricos, hipertensos, cardiópatas, estreñidos, hijos de esquizofrénicos, etc.
- Ocupación del tiempo de ocio.

- Readaptación de jubilados.
- Mejora de condiciones de vida en la tercera edad (hábitos de vida, habilidades de autocuidado, habilidades sociales).
- Uso del transporte público.

- Ahorro de energía (gasolina, electricidad, calefacción).
- Empleo de los cinturones de seguridad.
- Enseñanza y potenciación de las conductas de seguridad vial.

- Organización de espacios físicos.
- Recuperación de materiales reciclables (vidrio, pilas).
- Prevención de arrojar basuras en lugares inadecuados.

- Programas residenciales: centros psiquiátricos de día o permanentes, residencias de ancianos, centros de acogida de delincuentes juveniles, centros penitenciarios.
- Pisos protegidos con padres tutores o con personal tutor no residente.

REFERENCIAS

- Anderson, E.M. y Lambert, M.J. (1995). Short-term dynamically oriented psychotherapy: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 15, 503-514.
- Ávila, A. y Poch, J. (Coords.). (1994). *Manual de técnicas de psicoterapia: Un enfoque psicoanalítico*. Madrid: Siglo XXI.
- Baker, E.L. (1988). Psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica. En S.J. Linn y J.P. Garske (Eds.), *Psicoterapias contemporáneas: Modelos y métodos* (pp. 39-96). Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original de 1985.)
- Bergin, A.E. y Garfield, S.L. (Eds.). (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4ª ed.). Nueva York: Wiley.
- Bernstein, D.A. y Nietzel, M.T. (1988). *Introducción a la psicología clínica*. México: McGraw-Hill. (Original de 1980.)
- Bongar, B.M. y Beutler, L.E. (1995). *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice*. Nueva York: Oxford University Press.
- Carrobbles, J.A. (Ed.). (1985). *Análisis y modificación de la conducta II: Aplicaciones clínicas*. Madrid: U.N.E.D. Primera unidad, lección 5.
- Castanedo, C. (1983). *Terapia gestalt: Enfoque del aquí y ahora*. Barcelona: Herder.
- Coderch, J. (1990). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herder.
- Colegio Oficial de Psicólogos (1998). El perfil del psicólogo clínico y de la salud. *Papeles del Psicólogo*, 69, 4-23.
- Comissió Deontològica del COPC (2001). Recomanacions i criteris deontològics de la intervenció psicològica mitjançant internet. Barcelona: Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya.
- Corey, G. (1996a). *Case approach to counseling and psychotherapy* (4ª ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Corey, G. (1996b). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (5ª ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Cruzado, J.A., Labrador, F.J. y Muñoz, M. (1993). Introducción a la modificación y terapia de conducta. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 31-46). Madrid: Pirámide.
- Daldrup, R.J., Beutler, L., Engle, D. y Greenberg, L. (1988). *Focused expressive psychotherapy*. Nueva York: Guilford.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 181-204.
- Feixas, G. y Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una aproximación a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Febbraro, G.A.R., Clum, G.A., Roodman, A.A. y Wright, J.H. (1999). The limits of bibliotherapy: A study of the differential effectiveness of self-administered interventions in individuals with panic attacks. *Behavior Therapy*, 30, 209-222.
- Fletcher, J., Lovell, K., Bower, P., Campbell, M. y Dickens, C. (2005). Process and outcome of a non-guided self-help manual for anxiety and depression in primary care: A pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, pp. 319-331
- Frank, J.D. (1988). Componentes terapéuticos compartidos por todas las psicoterapias. En M.J. Mahoney y A. Freeman (Coords.), *Cognición y psicoterapia*. Barcelona: Paidós. (Original de 1982.)
- Garrido, M. y García, J. (Comps.). (1994). *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones*. Valencia: Promolibro.
- Gavino, A. (2004). *Tratamientos psicológicos y trastornos clínicos*. Madrid: Pirámide.
- Goldfried, M.R. (1995). *From cognitive-behavior therapy to psychotherapy integration*. Nueva York: Springer.
- Greenberg, L.S., Rice, L.N. y Elliot, R. (1993/1996). *Facilitando el cambio emocional*. Barcelona: Paidós.
- Gurman, A.S. y Messer, S.B. (Eds.). (1995). *Essential psychotherapies: Theory and practice*. Nueva York: Guilford.
- Haaga, D.A. (1990). Revisión del enfoque de los principios comunes para la integración de las psicoterapias. *Clínica y Salud*, 1, 3-11. (Original de 1986.)
- Haynes, S.N. y O'Brien, W.H. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 10, 649-668.
- Keijsers, G.P.J., Schaap, C.P.D.R. y Hoogduin, C.A.L. (2000). The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavior therapy. *Behavior Modification*, 24, 264-297.
- Kendall, P.C. y Norton-Ford, J.D. (1988). *Psicología clínica: Perspectivas científicas y profesionales*. México: Limusa. (Original de 1982.)
- Kleinke, C. (Ed.). (1995). *Principios comunes en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original de 1994.)
- Kriz, J. (1990). *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu. (Original de 1985.)
- Labrador, F.J. (1984). La modificación de conducta en los años ochenta. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 2, 197-240.
- Labrador, F.J. (1990). Aspectos básicos de la modificación de conducta. En M.A. Vallejo, E.G. Fernández Abascal y F.J. Labrador (Eds.), *Modificación de conducta: Análisis de casos* (pp. 3-84). Madrid: TEA. Punto 6.
- Lazarus, A.A. y Messer, S.B. (1992). ¿Prevalece el caos? Reflexiones sobre el eclecticismo técnico y la integración asimilativa. *Revista de Psicoterapia*, 3, 129-144. (Original de 1991.)
- Liettaer, G., Rombauts, J. y van Balen, R. (Eds.). (1990). *Client centered and experiential psychotherapy in the nineties*. Leuven: University of Leuven Press.
- Linn, S.J. y Garske, J.P. (Eds.). (1988). *Psicoterapias contemporáneas: Modelos y métodos*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original de 1985.)
- Macià, D., Méndez, F.X. y Olivares, J. (1993). *Técnicas de intervención y tratamiento psicológico*. Valencia: Promolibro.
- Marks, I.M., Mataix-Cols, D., Kenwright, M., Cameron, R., Hirsh, S. y Gega, L. (2003). Pragmatic evaluation of computer-aided self-help for anxiety and depression. *British Journal of Psychiatry*, 183, 57-65.
- Martorell, J.L. (1996). *Psicoterapias: Escuelas y conceptos básicos*. Madrid: Pirámide.
- Messer, S.B. y Warren, C.S. (1995). *Models of brief psychodynamic therapy: A comparative approach*. Nueva York: Guilford.
- Navarro, J. (1992). *Técnicas y programas en terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Neimeyer, R.A. (1987). Personal construct therapy. En W. Dryden y W. Golden (Eds.), *Cognitive-behavioral approaches to*

- psychotherapy*. Londres: Harper and Row.
- Pekarik, G. (1993). Beyond effectiveness: Uses of consumer-oriented criteria en defining treatment success. En T.R. Giles (Ed), *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 409-436). Nueva York: Plenum.
- Pérez Álvarez, M. (1996). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universitas.
- Rodríguez, A. y Beyebach, M. (1994). Terapia sistémica breve: Trabajando con los recursos de las personas. En M. Garrido y J. García (Eds.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones* (pp. 241-289). Valencia: Promolibro.
- Rosa, A.I., Olivares, J. y Méndez, F.X. (2004). *Introducción a las técnicas de intervención y tratamiento psicológico*. Madrid: Pirámide.
- Tortella-Feliu, M. (2002). La nueva prevención: programas específicos para los trastornos de ansiedad y depresión. En M. Servera (Coor.), *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil: Una perspectiva conductual de sistemas* (pp. 465-490). Madrid: Pirámide.
- Vázquez, F.L. (2004). La modificación de conducta en la actualidad: Una realidad compleja. *Psicología Conductual*, 12, 269-288.