

# 1. «¿QUÉ ES PSICOTERAPIA?»

ALEJANDRO ÁVILA ESPADA

## I. ENTIDAD CONCEPTUAL DE LA PSICOTERAPIA

A lo largo y ancho de este Manual se van a revisar detenidamente las cuestiones teóricas, técnicas y en cierta medida clínicas en torno a las que cobra entidad la psicoterapia psicoanalítica. Pero antes de iniciar ese recorrido es necesario situar la psicoterapia en su dimensión conceptual. De entre las varias opciones disponibles (aproximación histórica, sistemática o revisión escolástica) he optado por dedicar este primer capítulo a revisar la problemática conceptual en torno a la acepción 'psicoterapia', elección debida al interés por esclarecer la notable confusión que reina a la hora de señalar los límites entre lo que es y no es psicoterapia. Queda para el capítulo siguiente (Atxotegi) las precisiones en torno a las características conceptuales de la psicoterapia psicoanalítica, principal foco de interés de este Manual.

El término 'psicoterapia' abarca formas muy diversas de intervención, tales como la psicoterapia de grupo, la terapia familiar, la terapia de juego, el psicodrama, además de las psicoterapias individuales más conocidas (psicoanalíticas, existenciales, cognitivas, etc.). La naturaleza esencialmente verbal de la psicoterapia ha sido utilizada para distinguirla de las terapias de base conductual, que ponen el énfasis en las tareas y buscan su respaldo en la experimentación animal y humana sobre los procesos del aprendizaje.

A lo largo de su historia, la psicoterapia ha arrastrado connotaciones no deseadas tales como *mentalista*, *médica*<sup>1</sup> y *acientífica*. Mentalista, por basarse conceptualmente en constructos sobre el aparato psíquico y el conflicto intrapsíquico, poco accesibles a la observación. Médica, por haber sido en

---

Universidad de Salamanca.

<sup>1</sup> No hay que confundir las connotaciones médicas que han rodeado la psicoterapia en conjunto, en países como los Estados Unidos de América, con el término 'Psicoterapia Médica' que significa (p. e. en Alemania) las aplicaciones de las psicoterapias para el tratamiento de problemas de salud en general.

sus orígenes un dominio profesional casi exclusivamente médico, hasta que autores como Rogers se ocuparon de reformular la psicoterapia desde la psicología y para la psicología. Acientífica en cuanto que el proceso de la psicoterapia no puede describirse operacionalmente —sólo parcialmente— y se trata de experiencias irrepetibles, cuasi irreplicables. Éstas y otras características han contribuido a que se la considere más una práctica que una disciplina científica aplicada. Incluso que la connotación *médica*, durante décadas, haya sido tomada por muchos psicólogos como un apelativo descalificador, por el que se ha separado lo científico (la psicología) de lo puramente especulativo (la psicoterapia).

Sin embargo, la controversia sobre la naturaleza médica de la psicoterapia no afecta propiamente al concepto de psicoterapia. Entre los defensores del ejercicio multidisciplinar de la psicoterapia están Szasz (1960), Balance, Hirschfield y Bringmann (1970), Dana (1966), Bernstein y Nietzel (1980), Kendall y Norton-Ford (1982), y muchos otros clínicos. Se trata de una controversia en la que los cambios legales han propiciado una variedad de perspectivas (p.e. la reciente autorización <sup>2</sup> en EE UU para ser psicoanalista y ejercer la psicoterapia sin ser médico; la necesidad de supervisión o autorización médica en Alemania y Francia <sup>3</sup>; la liberalización del ejercicio y multidisciplinaridad inglesa, etc.). En todo caso la práctica de la psicoterapia ha quedado claramente reconocida entre las competencias de psicólogos clínicos y psiquiatras, en todos los países más desarrollados, con o sin necesidad de supervisión médica en ciertos supuestos. Supervisión que por otra parte no afecta a los aspectos propiamente psicoterapéuticos, sino a la posible, y a veces necesaria, integración de valoraciones y tratamientos de índole biológica, con los psicológicos y los sociales, así como a la consideración global de todos los aspectos que inciden en la salud.

La psicología y los psicólogos han efectuado contribuciones muy destacadas a la psicoterapia, sobre todo en el terreno metodológico, de investigación y profesional. Korchin (1976) destaca que desde los años cincuenta los psicólogos han estado fuertemente implicados en el ejercicio de la psicoterapia, hasta el punto de ser su actividad profesional más común y definitoria desde principios de los setenta. El progresivo mayor énfasis en las tareas de tratamiento y seguimiento, en detrimento del énfasis en las tareas diagnósticas, ha sido ya suficientemente documentado (véase Ávila, 1992).

La enorme variedad de aplicaciones de la psicoterapia reafirma su natu-

<sup>2</sup> Por decisión del Tribunal Supremo de EE UU adoptada en 1990.

<sup>3</sup> Autorización preceptiva, para que los servicios de consulta psicoterapéutica puedan ser reembolsados por los sistemas de seguros de salud.

raleza *multidisciplinar en su práctica e interdisciplinar en cuanto a su objeto*. En casi todos los supuestos de intervención en el ámbito de la salud y el bienestar social pueden aplicarse variantes o modalidades de la psicoterapia. Esta variedad de usos y progresiva penetración en la sociedad sucedida en las dos últimas décadas ha llevado a autores como Tennen (1975) y Gross (1978) a hablar muy críticamente de la *sociedad psicológica*, y a reclamar una vuelta a la primacía de las terapias biológicas.

Por otra parte el propio psicoanálisis ha iniciado hace dos décadas un movimiento de separación y deslindamiento de la psicoterapia. Desde los planteamientos de la Escuela Inglesa a la llamada «vuelta a Freud» en Jacques Lacan, el psicoanálisis en cuanto tal ha dejado de ser visto como un mero *tratamiento*, reformulándose como una experiencia personal de búsqueda de significado para el Sujeto, con la mediación del Analista. Concebido de esta manera el psicoanálisis no es una psicoterapia, ya que no promueve el logro de cambios objetivables, ni necesariamente los espera como objetivo. Permanecen en el campo de la psicoterapia las formas de tratamiento psicológico orientadas psicoanalíticamente, como la psicoterapia psicoanalítica de larga duración, la psicoterapia breve y focal y la psicoterapia de apoyo, modalidades que serán delimitadas en el capítulo siguiente.

Frente a las concepciones excesivamente pragmáticas que han abundado en la psicoterapia, dentro del psicoanálisis se han alzado frecuentes voces que reclaman una consideración del *sentido* del cambio, antes que primar el cambio por el cambio. El símil pedagógico ha sido utilizado frecuentemente para definir la tarea del terapeuta en términos como los siguientes: el terapeuta *enseña* al cliente a controlar, afrontar o reducir ciertos trastornos, mediante la transmisión de conocimientos y habilidades que el terapeuta posee o adquiere del cliente, al que *educa* según criterios y valores definidos *a priori* o interpretados por el terapeuta. Esta concepción del papel del terapeuta y de la terapia como *pedagogía* implica una visión directiva, en la que es el terapeuta intérprete de normas, criterios y sistemas de valores que emanan de la sociedad acerca de la salud y el bienestar. El binomio terapia-educación remite al ajuste a las exigencias del referente social, mientras que la psicoterapia resalta la primacía de lo individual, de lo subjetivo. Este debate remite a la discusión sobre ética y valores en la psicoterapia, de gran relevancia actual. Hans H. Strupp afirma:

[...] en todas las formas de psicoterapia el paciente aprende algo [...] Cada vez que una interacción terapéutica produce un cambio terapéutico medible el paciente ha realizado una experiencia de aprendizaje; es decir, ha ocurrido alguna forma de cambio interno; el carácter de las relaciones entre dos participantes, su interacción, ha

jugado un papel. Esto se deduce si vemos a la psicoterapia como una forma de aprendizaje interpersonal [...] [1982, prólogo a Goldfried, p. IX].

La psicoterapia difiere claramente de otros tipos de relaciones profesionales y humanas. Aunque hay similitudes formales entre los papeles de terapeuta-paciente y los de experto-cliente, profesor-alumno, sacerdote-feligrés, incluso padres-hijo, las características de terapeuta y paciente son, sin embargo, particularmente distintas. En su vertiente profesional, podemos definir la psicoterapia como *una relación profesional en la que un experto ofrece un servicio a una persona que lo necesita, de la cual recibe en contraprestación unos honorarios o un salario de la entidad que lo emplea y ofrece los servicios*. La definición se completaría con precisiones acerca de características del experto, de los servicios que ofrece y de las demandas que recibe.

Esta *relación profesional* presta especial atención al marco ético en el que se desarrolla. El psicoterapeuta ejerce sus tareas con honestidad e independencia, asegurándole al cliente privacidad, confidencialidad y neutralidad moral; le presta atención de acuerdo a las exigencias técnicas de su quehacer profesional; y especialmente pone buen cuidado en no manipularle, ni en beneficio propio ni en el de terceros, para satisfacer necesidades económicas, sexuales, de poder o ideológicas. El terapeuta sirve al objetivo general de facilitar el desarrollo del bienestar, autonomía y competencia personal del paciente, y a los objetivos específicos que se derivan de los síntomas, malestar y trastornos concretos que sufre.

Aunque la psicoterapia ha sido criticada a veces como una «compra de amistad», la relación de amistad entre terapeuta y paciente no tiene por qué darse, muy frecuentemente no se da, e incluso puede distorsionar gravemente la terapia. Esto no quiere decir que la psicoterapia no pueda ser —con frecuencia lo es— una relación humana intensa e íntima, sino que justamente *el papel del terapeuta radica en conocer los límites e implicaciones de su actuación, para que la relación terapéutica sirva a sus objetivos*. La *relación* es, sin embargo, un aspecto determinante por naturaleza: por una parte, configura el *contexto interpersonal* en el que se da la psicoterapia, lo que ha hecho que la *relación* sea uno de los tópicos de investigación que más interés suscita en la actualidad; por otra, a través de la relación con el paciente el terapeuta adquiere buena parte de su competencia. Esta perspectiva ha sido resaltada por muchos autores, p. e. Haley (1987), quien afirma que son los pacientes, principalmente los psicóticos, los grandes maestros de los terapeutas.

Psicoterapia es un término que implica la conjunción de dos contenidos: psico(terapia) y terapia. En esta formulación conceptual puede radicar su especificidad. Bastine (1982) ha delimitado la psicoterapia respecto de otras formas de tratamiento, en base a tres aspectos:

a) La psicoterapia utiliza medios psicológicos que se refieren al saber psicológico (a diferencia, por ejemplo, de los medios médicos, farmacológicos, sociales o jurídicos) [...].

b) La utilización de estos medios se hace de forma profesional, es decir, por personal científicamente formado que procede de forma intencional y persiguiendo un fin, y que justifica y evalúa su actividad de manera científica [...].

c) Se trata a personas psíquicamente trastornadas (los clientes o pacientes) [Bastine, 1982, p. 311].

Pero este lugar común del carácter psicológico de la psicoterapia no contenta a todos los autores. Watzlawick (1987) escoge quitar el prefijo «psico» abogando por un concepto de la terapia sin restricciones en cuanto a la naturaleza de los fenómenos sobre los que interviene y de las acciones que puedan ejecutarse. Se iría así hacia una visión más integral de la terapia, cuya unicidad conceptual Watzlawick radica en los niveles sistémicos y en la comunicación, en la que toda clase de recursos podrían implementarse para conseguir un mismo fin: el cambio. En esta concepción, *terapia* sería una integración sistémica de procedimientos en orden al cambio. | P.

Es necesario también deslindar la psicoterapia de la *prevención*. Aunque la psicoterapia pueda tener una utilidad indirecta de profilaxis, su esencia radica en la producción de cambios respecto de estados disfuncionales o patológicos constatables *a priori*. Otra cualidad diferencial radica en la naturaleza de la demanda psicoterapéutica. Los demandantes de la intervención psicoterapéutica (el cliente y sus familiares; instituciones educativas, clínicas, de control social [p. e. la prisión] o laborales) configuran una exigencia de *atención* que prima sobre los beneficios de la prevención. Pero indudablemente a través de la psicoterapia, el sujeto —y en ocasiones su entorno— aprende a afrontar de forma más adecuada situaciones de conflicto o disfunción futuras. En cierto sentido, la psicoterapia ayuda —o debe ayudar al cliente— a autoayudarse de forma competente en el futuro.

En las dos últimas décadas se ha constatado también la creciente importancia de los *sistemas de ayuda*, bien alternativos o complementarios a la psicoterapia, a través de grupos e instituciones de autoayuda y la utilización de dispositivos naturales de la comunidad. Aunque este movimiento ha tenido sobre todo eco en el entorno anglosajón, en España se ha venido desarrollando un modelo similar. Algunos exponentes de estos sistemas son las asociaciones y colectivos de Alcohólicos Anónimos, Alcohólicos Rehabilitados, Ex-alcohólicos, Padres de Drogodependientes, Padres de Subnormales, Mujeres Separadas, Mujeres Maltratadas, Colectivos Feministas, Colectivos Gay, Dependientes del Juego, Hemofílicos, Diabéticos, Minusválidos, etc. Todas estas asociaciones se organizan como redes de autoayuda —o las poten-

cian—, y algunas cuentan entre sus actividades (p. e. los alcohólicos y los ludópatas) la realización periódica de grupos de autoayuda, que se caracterizan por ser de acceso libre para los afectados (no se suele requerir que se integren como socios) y el ser directivos en su funcionamiento.

## II. PERSPECTIVAS EN LA DEFINICIÓN DE LA PSICOTERAPIA

### II.1. *Ejes para la definición*

Se atribuye (Walker y Shelton, 1985) a Francis Cobbe la primera utilización del término 'psicoterapéutico' en un trabajo publicado en 1887 en la revista *Contemporary Review*, titulado «Faith Healing and Fear Killing» en el que esta autora critica la consideración de las enfermedades como meros procesos orgánicos, defendiendo la introducción de procedimientos psicológicos, de la *cura por el espíritu*. En lo que sigue vamos a efectuar una reconsideración del concepto de psicoterapia bajo diversos ejes y criterios definitorios; posteriormente revisaremos sus diferentes enfoques, clases y modalidades; finalmente reconsideraremos críticamente su concepto, a la luz de las diferentes acepciones revisadas.

Existen tantas definiciones de psicoterapia como autores han escrito acerca de esta disciplina. Aunque la tentación de decir lo ya dicho de otra manera no deja de acudir en una ocasión como la presente, la rehuiré, subrayando los aspectos esenciales de las contribuciones precedentes que permiten construir una definición actual de la psicoterapia.

Wolberg (1967), en su revisión de la técnica de la psicoterapia, reúne 27 definiciones para la psicoterapia, de las cuales sólo 9 están entre las 31 recogidas por Reisman (1971) en su ya clásica obra *Toward the Integration of Psychotherapy*. Comprender la esencia y naturaleza de la psicoterapia implica considerar su finalidad, objetivos, así como los tipos de estrategias y tácticas utilizadas para lograrlos. Ésta es la opción que toma Reisman (1971) que en su esfuerzo sistematizador clasifica las definiciones de psicoterapia en cuatro ejes: 1. Objetivos; 2. Procedimientos; 3. Profesionales; 4. Clase de relación.

a. *La psicoterapia definida por sus objetivos*, en la que la psicoterapia es vista como un método de tratamiento que intenta aliviar los trastornos de naturaleza psicológica.

El arte de tratamiento de las alteraciones y trastornos mentales [Hinsie y Campbell, 1960].

Un método de tratamiento que intenta ayudar al individuo afectado influenciando sus procesos emocionales, sus evaluaciones de sí mismo y de los otros, su evaluación de los problemas de la vida y las formas de afrontarlos [Maslow y Mittelman, 1951, p. 179].

Es esencial a este tipo de definiciones el énfasis en la *ayuda* que presta el terapeuta. Weiner (1976) subraya que este tipo de definiciones implica restricciones: *a.* Describen lo que la psicoterapia intenta lograr, no en qué consiste, como si la psicoterapia dependiera de lo que el terapeuta busca, no de lo que hace para lograrlo; *b.* Bajo su amplitud pueden incluirse numerosas acciones o tratamientos que no son psicoterapia (p. e. terapia farmacológica, terapias biológicas en general, laborterapia, etc.).

*b. La psicoterapia definida por sus procedimientos.* Se trata de describir la psicoterapia como una serie de procedimientos psicológicos, generalmente estructurados en torno a la comunicación verbal como método para la modificación de los desajustes de personalidad.

La psicoterapia puede ser definida como el tratamiento de los problemas y trastornos emocionales y de personalidad por medios psicológicos [Noyes y Kolb, 1963, p. 500].

Término genérico para cualquier tipo de tratamiento que se basa, primariamente, en la comunicación verbal y no verbal [Deutsch y Fishman, 1963].

El uso de absolutamente cualquier técnica o procedimiento que tenga efectos paliativos o curativos sobre cualquier trastorno emocional, conductual o mental. En este sentido general el término es neutral respecto de la teoría que lo respalda, los procedimientos y técnicas implicadas o la forma y duración del tratamiento. Hay [...] aspectos legales y profesionales implicados en la práctica actual de lo que se denomina psicoterapia [...] el término se usa adecuadamente cuando es desempeñada por alguien con formación reconocida que utiliza técnicas aceptadas [Reber, 1985, p. 598].

Aunque estas definiciones son más precisas que las orientadas a los objetivos, no dejan de implicar una importante ambigüedad sobre qué es o implican las expresiones «medios o procedimientos psicológicos» o «comunicación verbal y no verbal», en concreto entre los métodos basados en la teoría de la comunicación, que no siempre son psicoterapia (p. e. la comunicación social).

*c. La psicoterapia definida por características de los profesionales que la ejercen.* Entre ellas destacamos:

El término [psicoterapia] debe reservarse para el tratamiento desempeñado por una persona formada profesionalmente [English y English, 1958].

Psicoterapia es una forma de prestar ayuda, en la que un oyente formado y socialmente aceptado como tal intenta aliviar el malestar de un sufriente, mediante la facilitación de ciertos cambios en sus sentimientos, actitudes y conducta [Frank, 1961, p. 114].

La discusión sobre si la identidad del psicoterapeuta radica en su formación específica como tal, ha sido y es tópico de discusión principal. Evidentemente estamos aquí ante la cuestión de las restricciones éticas y legales en el ejercicio de la psicoterapia, aspecto que se revisará en el último epígrafe.

Bernstein y Nietzel definen así al terapeuta:

El terapeuta es alguien que, a través de un entrenamiento y experiencia especializados, tiene una preparación para ayudar a que el cliente supere la molestia que ha motivado el deseo de tratamiento. El terapeuta debe poseer aquellas habilidades que le permitan comprender la perturbación del cliente y luego interactuar con él de tal forma que aprenda a manejar sus problemas actuales de una manera más eficiente [Bernstein y Nietzel, 1980, p. 309].

Aunque la posición de Bernstein y Nietzel es clara en cuanto a su decantamiento profesional, la utilización de no-profesionales para la implementación de técnicas psicoterapéuticas nos sitúa ante la incompletud de este criterio definidor. Con independencia de las restricciones que deban hacerse, lo constitutivo de la psicoterapia son sus procesos, no la identidad de sus agentes.

*d. La psicoterapia definida por la relación.* La psicoterapia es identificada como una «clase especial de relación interpersonal» en la que se dan experiencias únicas de aprendizaje social, interacciones y activaciones emocionales singulares, experiencias de crecimiento personal, etcétera.

El proceso terapéutico sucede como una experiencia de crecimiento única, creada por una persona que busca y necesita ayuda de otra, la cual acepta la responsabilidad de ofrecerla [Allen, 1942, p. 45].

La psicoterapia es un proceso en el cual se logran cambios en la conducta del individuo, como resultado de experiencias en la relación con una persona entrenada en la comprensión de la conducta [Stein, 1961, p. 7].

El reaprendizaje o nuevo aprendizaje que el paciente está apto para lograr a través de la conversación con el terapeuta y a través de la relación personal sobrevenida [White, 1964, pp. 283-284].

Una experiencia emocional correctora [Alexander y French, 1946].

Las definiciones basadas en la importancia de la relación nos plantean un problema. Si los efectos esperados por la relación no se dan, entonces ¿no



ha habido psicoterapia? Es importante distinguir entre el tratamiento (la psicoterapia) y sus efectos (p. e. el aprendizaje, *insight*, crecimiento personal). La psicoterapia debe ser definida por su proceso (y en él, especialmente por el papel técnico desempeñado por el terapeuta) y no principalmente por los efectos sobre el paciente.

Berzins (1977) está entre quienes han defendido un modelo de *matching* (emparejamiento) entre paciente y terapeuta:

[...] la idea de que ciertas combinaciones de terapeutas y pacientes son más deseables que otras. El desglose empírico de este problema requiere una comprensión de las condiciones bajo las cuales, sin importar las características de los terapeutas y pacientes consideradas por separado, la *interacción* de estas características se demuestra como un factor decisivo para los procesos o resultados de la psicoterapia [...]. Hasta una probabilidad razonable, *algunas* combinaciones entre un terapeuta y cliente son ineficientes [...] lo que sugiere que la investigación en psicoterapia debe trascender la evaluación aislada de las características del terapeuta y paciente y dirigirse a la investigación seria acerca de la interacción [Berzins, 1977, pp. 222-223].

La situación terapéutica se caracteriza por estar dentro del contexto de una relación profesional, frecuentemente en el marco de una institución de intervención clínica o comunitaria. Inciden en su especificación las características peculiares de la *institución* (finalidad y estructura, clases de intervenciones que ofrece, orientación teórica de las mismas, etc.), del *paciente* (características sociodemográficas, tipo y gravedad del trastorno, rasgos de personalidad y aptitudes, actitudes y motivación hacia la terapia y el terapeuta), y del *terapeuta* (características sociodemográficas, personalidad, orientación teórica, experiencia, etc.).

Estos componentes se efectúan en la *relación terapéutica*, a través de características de la similaridad, disimilaridad, compatibilidad o complementariedad entre terapeuta y paciente, concernientes a un cierto número de características sociodemográficas y de personalidad, bien estables (p. e. rasgos) o procesuales. Las investigaciones de *matching* han abordado empíricamente esta cuestión y la han relacionado con los resultados de las intervenciones terapéuticas (Talley, Strupp y Morey, 1990) evidenciándose que los resultados del tratamiento están influidos por la interacción del autoconcepto de pacientes y terapeutas, y que la complementariedad se relaciona con la mejoría. No obstante, este modelo ha sido escasamente desarrollado, sin que haya aportado hasta el presente desarrollos relevantes (véase Thurer y Hursh, 1981).

Buscando una integración de los diferentes puntos de vista, constatamos que casi todas las definiciones de la psicoterapia incluyen: *a.* la realización de evaluaciones psicológicas para atender a personas con problemas emocionales; *b.* el deseo del terapeuta de prestar ayuda al paciente; *c.* una actitud

de respeto del terapeuta hacia la integridad personal y moral del paciente; y *d.* la comprensión de lo que le sucede al paciente, es *guía* para el tratamiento (Weiner, 1976). Reisman (1971, 1973) ya había intentado lograr una definición integrada de la psicoterapia, aunando los diferentes enfoques, evitando los aspectos más conflictivos, y con pretensión de ser más global y precisa que las anteriores. Llegó así a proponer como definición:

La comunicación de una comprensión relacionada con la persona, con respeto y deseo de servir de ayuda [Reisman, 1971, pp. 135-136].

Reisman no excluye que ese fenómeno se pueda producir en el contexto de diferentes clases de relaciones interpersonales, aunque asume que lo más frecuente es que se de en el seno de una relación profesional diseñada para que sea psicoterapéutica. Eso dependerá de tres factores:

1. La mayor capacidad del profesional formado en la comprensión de la conducta humana, para lograr sus objetivos de prestar ayuda al paciente.
2. El carácter *asimétrico* de la relación psicoterapéutica profesional, en beneficio del paciente y no del terapeuta.
3. El carácter sistemático de la relación psicoterapéutica profesional.

Es entonces importante clarificar dos aspectos para perfilar la verdadera naturaleza de la psicoterapia. Distinguir la 'psicoterapia' de 'lo que puede ser psicoterapéutico' y de llegar a lograr una 'relación profesional' sobre la 'probabilidad de que se de la psicoterapia'. Comentaremos estos aspectos brevemente:

*Psicoterapia* incluye los enfoques de tratamiento en los que el terapeuta intenta resaltar *la comprensión que el paciente tiene de sí mismo*, tanto en la vertiente individual como en la de familias o grupos. Por otra parte en la psicoterapia no se incluyen los métodos de tratamiento en los que es el terapeuta quien hace o gestiona acciones del paciente, más que promover el incremento de su autocomprensión. Por ejemplo, las técnicas de modificación de conducta, en las que el terapeuta propone planes de acción, pueden ser beneficiosas para el paciente, pero no se ajustan plenamente al concepto de *psicoterapia*. La finalidad principal de la psicoterapia es tanto el incremento de la autocomprensión que el paciente tiene de Sí mismo, a través de los métodos de comunicación que facilita el terapeuta, como el logro de cambios específicos en la conducta.

La psicoterapia implica *efectuar* un conjunto de procesos que se dan más probablemente en el contexto de una relación terapéutica que en otros tipos de relación: el énfasis en la comunicación de comprensión, respeto y deseo de ayudar. El hecho de que sea un psicoterapeuta profesional el que desarro-

lle estas conductas las otorga una mayor consistencia, dotándolas de orientación sistemática hacia los fines pertinentes.

## II.2. *Psicoterapia: insight versus cambio conductual*

Coincido con Weiner en el interés que tiene identificar motivaciones primarias típicas en las personas que solicitan ayuda psicoterapéutica, y complementariamente las expectativas que tienen sobre en qué les beneficiará la psicoterapia. Resaltan así tres tipos de personas y demandas.

a. Las que sufren por síntomas (del tipo de ansiedad, depresión, fobias, obsesiones, etc.) o bien tienen dificultades para pensar con claridad. La expectativa de estas personas es liberarse —aliviarse— del malestar emocional que estos síntomas les producen.

b. Las que experimentan ciertos «problemas de vida» que no logran resolver (inhibición laboral, fracaso escolar, desajuste matrimonial, retraimiento social, etc.). La expectativa es encontrar soluciones (formas de afrontamiento) para los conflictos de la vida diaria.

c. Las que están genéricamente insatisfechas consigo mismas (experimentan el fracaso en llegar a ser la clase de persona que les gustaría). La expectativa es minimizar los conflictos que limitan su realización personal a través de un trabajo productivo y unas relaciones interpersonales gratificantes.

¿En qué medida atiende la psicoterapia estos diferentes problemas y permite lograr los objetivos? Si la psicoterapia es definida como proceso de autocomprensión, se asumirá el *insight* como objetivo principal del tratamiento, lo que implicará que el sujeto devenga apto para reconocer y comprender sus pensamientos, sentimientos y acciones, y derivar de ello capacidad para resolver sus problemas. Franz Alexander y Thomas French (1946) subrayaron que en el contexto de una relación terapéutica favorecedora, el paciente vuelve a vivir emociones que no ha podido afrontar en el pasado, y que ahora, con la ayuda del terapeuta y las características de la situación terapéutica, puede afrontar. Pero el logro de cambios objetivables no ha sido nunca excluido de los objetivos de la psicoterapia. Congruente con esta posición, Sol L. Garfield la ha definido en los siguientes términos:

La interacción personal sistemática, a través de la cual un individuo, el terapeuta, procura ayudar, modificar o mejorar el comportamiento de otra persona [Garfield, 1974, p. 214],

exp. emocional  
transform.

y en una dirección similar Sheldon J. Korchin (1976) la ha conceptualizado como:

Una aplicación intencional por un clínico de técnicas psicológicas (de tratamiento), con el fin de efectuar cambios conductuales o variaciones de la personalidad [Korchin, 1976, p. 281].

Korchin se apega al argumento de que todos los sistemas de psicoterapia parten del supuesto fundamental de que la conducta puede ser cambiada, a través del aprendizaje y reaprendizaje, difiriendo entonces sus concepciones teóricas en cómo se logran dichos cambios o variaciones. El concepto de aprendizaje emocional, más que el intelectual o racional, es central al concepto de la psicoterapia. Frieda Fromm-Reichmann afirmó: «El paciente necesita una experiencia, no una explicación.» Esta autora reconoce como requisito fundamental de la terapia efectiva que el terapeuta disponga de la capacidad para escuchar las demandas del paciente sin responder en función de sus necesidades y sentimientos personales o en función de las convenciones sociales o morales.

El psicoanálisis, sin embargo, ha puesto más énfasis en el componente intelectual del aprendizaje: lograr el *insight*, tal como lo estableció Freud. En su evolución posterior, el psicoanálisis ha distinguido entre dos tipos complementarios de *insight*: el «*insight*» emocional y el «*insight*» intelectual. El logro de la experiencia emocional correctora lleva, comúnmente, cierto tiempo y requiere la participación activa del paciente. Pero incluso para el psicoanálisis, una psicoterapia solo basada en el *insight* no es completa. El *insight* no es el fin último, sino que han de darse cambios en la conducta. Tales cambios no van a cifrarse sólo en expresiones de conductas concretas (excesos o defectos) referidas como síntomas, sino en la capacidad para resolver problemas presentes o futuros o en la evolución hacia una manera de vivir más gratificante y abierta a las posibilidades. El *cambio* pasa así a ser enunciado como el objetivo último <sup>4</sup>.

*Cambio* no debe considerarse equivalente a *cura*. La psicoterapia es un *procedimiento de ayuda*, no un procedimiento de curación; es un conjunto de medios para facilitar el desarrollo del cambio deseado más que el camino para conseguir un cambio total y permanente. Esto se refleja en la elaboración de criterios para la terminación de la psicoterapia. La psicoterapia puede llegar a su final bien porque el paciente haya logrado un progreso substancial en sus objetivos y haya devenido apto para controlar su propio proceso de desarrollo, bien porque sea improbable que los esfuerzos que re-

<sup>4</sup> El lector debe acudir al capítulo 2, en el que el concepto psicoanalítico de psicoterapia es abordado en profundidad.

quiere la continuación de la psicoterapia (tiempo, costo, implicación) justifiquen los progresos que se esperan, lo que en última instancia es una exigencia ética para todo terapeuta.

### II.3. *La psicoterapia definida por su proceso y efectos*

Describir el *proceso psicoterapéutico* ha sido la vía escogida por algunos autores para conceptualizar la psicoterapia. Richard H. Dana (1966) está entre los que se interesan por los fenómenos del proceso de conocimiento y experiencia que se da entre paciente y terapeuta:

El terapeuta debe impartir al cliente información y sentimientos en cuatro áreas primarias. El cliente debe saberse importante para el terapeuta en cuanto su semejante. El terapeuta debe cuidar de su bienestar y ser razonablemente confidencial en el desempeño de su papel. Si está inseguro, el cliente sentirá esa duda o ansiedad, la relación se verá afectada. El terapeuta debe tener, y utilizar, un repertorio de habilidades y competencias. Finalmente, el terapeuta debe ser consciente de sí mismo en cuanto persona, de los efectos potenciales de ello sobre el cliente, y de sus propias necesidades insatisfechas. Sin esta toma de conciencia el terapeuta puede confundir sus propios problemas con los del cliente. Esto es similar a la *exégesis* que se da en el proceso psicodiagnóstico realizado mediante técnicas proyectivas [Dana, 1966; p. 218],

mientras que Hans H. Strupp, en su análisis teórico de la contribución del terapeuta dinámico, pone el foco de atención en la cualidad de la interacción:

[...] el campo llamado 'psicoterapia' comprende a una persona que ha reconocido que necesita ayuda, a un experto que ha consentido en proporcionar esa ayuda y a una serie de interacciones humanas, cuyo carácter suele ser sumamente intrincado, sutil y prolongado, y tiene por objeto producir cambios beneficiosos en los sentimientos y la conducta del paciente, cambios que la sociedad, genéricamente, considerará como terapéuticos [Strupp, 1977, p. 3],

y Strotzka defiende el papel del «consenso» en la definición de los objetivos de tratamiento:

La psicoterapia es un proceso interaccional consciente y planificado con vistas a influir en los trastornos del comportamiento y los estados de sufrimiento que, consensuadamente (entre paciente, terapeuta y grupo de referencia) se consideran necesarios de tratamiento, mediante medios psicológicos (por la comunicación) las más de las veces verbal, pero también no verbal, en el sentido de un fin definido, si es posi-

ble elaborado en común (reducción de los síntomas o cambio estructural de la personalidad), por medio de técnicas que pueden ser enseñadas sobre la base de una teoría del comportamiento normal y patológico [Strotzka, 1978, p. 4].

El énfasis en los aspectos implicados en el proceso está presente en muchos autores. Los conocidos autores del *Manual de psicología clínica*, Bernstein y Nietzel (1980) han definido la psicoterapia, extensiva y estructuralmente, de la siguiente manera:

1. La psicoterapia 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 iniciado 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, designar tareas fuera de la terapia, y aumentar la fe de los clientes y sus expectativas de lograr cambios [Bernstein y Nietzel, 1980, p. 320].

Esta posición, junto con el énfasis en subrayar el carácter científico de la psicoterapia, es compartida por la mayoría de los tratadistas contemporáneos. Por ejemplo, Huber (1987), apoyándose en Bastine (1982) ha formulado cinco criterios que deben cumplirse para que pueda hablarse de psicoterapia:

1. Que esté basada sobre una teoría científica de la personalidad y sus trastornos.
2. Que se funde sobre una teoría científica de la modificación de tales trastornos.
3. Que presente evaluaciones empíricas de sus efectos, positivos y negativos.
4. Que actúe sobre los trastornos del comportamiento o estados de sufrimiento considerados necesitados de intervención.
5. Que sea practicada por personas formadas y competentes [Huber, 1987, p. 153].

Pero Huber destaca también que la psicoterapia no se puede definir de forma estática sino que es imprescindible hacer referencia a las características de la situación terapéutica y a los elementos de su proceso.

Establecer las *condiciones para el cambio terapéutico* ha sido frecuentemente el medio utilizado para describir los procesos terapéuticos generales, aquellos que caracterizan a toda intervención psicoterapéutica. Un acercamiento posible al concepto de qué es psicoterapia puede basarse en la identificación de estos factores generales o comunes. Strupp (1973a) concreta en tres las condiciones esenciales para el cambio a través de la psicoterapia:

1. La creación y mantenimiento por el terapeuta de una relación de ayuda, caracterizada por el respeto, el tacto, el interés y la convicción genuina de ser capaz de prestar ayuda.
2. La utilización de técnicas mediante las cuales el terapeuta influye al paciente. Strupp cita entre las diferentes técnicas las siguientes: *a.* sugestión o persuasión; *b.* instar a la exploración de sí mismo, a la comunicación abierta, espontánea y honesta; *c.* la interpretación en sus diferentes niveles; *d.* la facilitación de normas y modelos; *e.* el logro de mejorías o consecuencias positivas.
3. La capacidad del paciente de aprovecharse de la experiencia de la terapia.

Y en otro trabajo Strupp (1973b) planteará que todo terapeuta, sea cual sea su orientación teórica, si utiliza adecuadamente este conjunto de técnicas estará en condiciones de producir efectos terapéuticos. Ya Huber subrayaba que evidencias anteriores (Fiedler, 1950b; Sloane *et al.*, 1975) demostraron que la adscripción teórica a una escuela no suponía que los terapeutas orientasen su práctica según esos principios. Y según Strupp, lo distintivo de la psicoterapia sería tanto el *arte* como la *ciencia* de utilizar estas técnicas: «de manejar la actitud terapéutica de una forma apropiada, de saber cuándo y cómo comunicar el interés, el respeto, la comprensión, la empatía, etc., y sobre todo, lo que es aún más importante, cuando abstenerse de hacerlo» (Strupp, 1973a, p. 2). El basamento científico es imprescindible como cuestionamiento del por qué, pero no es un *a priori* absoluto de la práctica, que retiene su nexo fundamental con la experiencia.

### III. CLASIFICACIÓN DE LAS PSICOTERAPIAS

Herink (1980) ha estimado —habla desde el variopinto escenario estadounidense— que el psicoterapeuta actual puede escoger entre al menos 250 psicoterapias, sostenidas por el entusiasmo —u osadía— de su fundador, sus seguidores y los usuarios satisfechos. Parloff (1968) ya había advertido sobre esta cuestión:

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 [Parloff, 1968, p. 493].

Ya en 1959, Harper describía treinta y seis sistemas de psicoterapia, cifra que sin pretender ser exhaustiva no ha cesado de aumentar con el paso del tiempo y la maduración de los diferentes enfoques de la psicoterapia. Michaelis (1981) habla de 300 modalidades que reclaman para sí un lugar en la psicoterapia. Korchin (1976) ha llegado a insinuar que de hecho hay tantas psicoterapias como psicoterapeutas. Esta afirmación —ciertamente irónica— alude al inevitable fenómeno de la singularización de la práctica, más allá de las exigencias teóricas de ajuste a un modelo preciso. A la vez, si nos centrásemos en la observación de lo que los terapeutas hacen *de facto*, afrontaríamos una gran dificultad para distinguir estructuralmente entre sí muchas de estas prácticas psicoterapéuticas, aunque se titulen de forma muy diferente.

Más allá del carácter prolífico de este campo, los esfuerzos clasificatorios sobre las psicoterapias han estado estrechamente unidos a las conceptualizaciones sobre sus analogías y diferencias, puntos de convergencia y aspectos singulares. En el presente apartado vamos a ocuparnos de examinar algunas de las diferencias que singularizan los diferentes enfoques, estructurando una sistemática para una clasificación global de las psicoterapias. Necesariamente, cualquier clasificación se va a tener que establecer en base a principios básicos relacionados con las diferentes concepciones epistemológicas y metodológicas de la psicoterapia, hasta donde las haya, y en el cruce de éstas con las exigencias que los diferentes contextos de aplicación y clases de sujetos impongan.

Tópico es ya citar los trabajos de Fiedler (1950a, 1951) que nos mostraron cómo las prácticas efectivas de psicoterapeutas adlerianos, rogerianos y psicoanalíticos eran mucho más parecidas entre sí que lo que podría desprenderse del análisis de las posiciones teóricas. Algunos autores han subrayado la importancia de la *flexibilidad* con que el terapeuta debe interpretar las exigencias teóricas y de método de un determinado sistema, en función del sujeto y el problema concreto en el que interviene. En el campo del psicoanálisis esta cuestión ha sido objeto de fuerte controversia. Alexander y French (1946) están entre los defensores pioneros de la flexibilidad.

Son muy numerosas las revisiones sobre las características de los distintos sistemas de psicoterapia. Entre las clásicas destacan las de Corsini (1973), Ford y Urban (1963), Harper (1959), Heine (1971), Stein (1961), Korchin (1976), Wolberg (1967) y Weiner (1976). Este último destaca dos ejes para diferenciar los enfoques psicoterapéuticos:

- 1. El papel activo versus pasivo del psicoterapeuta. El terapeuta activo dirige las asociaciones, aporta aspectos de su propia experiencia, emplea tá-



ticas de entrenamiento o aprendizaje para el paciente. El terapeuta pasivo interpreta o refleja las producciones del paciente;

2. El énfasis en los procedimientos técnicos que utiliza el terapeuta versus la relación interpersonal como la «técnica» principal que facilita el terapeuta en cuanto agentes de cambio. Pero estos ejes «técnicos», interesantes para la investigación sobre el proceso de cambio, no permiten clasificar de manera clara y unívoca las psicoterapias de diferentes orígenes teóricos.

Kendall y Norton-Ford (1982) han sugerido una asociación entre las diferentes modalidades de psicoterapia y sus finalidades, que según se muestra en el cuadro 1 pueden identificarse a través de ejemplos característicos. En el contexto de estas asociaciones medios-fines, Kendall y Norton-Ford subrayan la importancia potencial de la solución ecléctica que, como propone Garfield (1980), supone utilizar diferentes métodos según las necesidades de cada paciente. Pero el eclecticismo es, hoy por hoy, más una resultante de las peculiaridades de la formación de algunos terapeutas que la consecuencia de desarrollos teóricos acabados.

Parloff (1967) ha señalado que los psicoterapeutas difieren tanto en los objetivos últimos como en los intermedios. Los objetivos últimos de la terapia implican visiones globales sobre el individuo, la salud y el ajuste del individuo a la sociedad. Los objetivos intermedios están más relacionados con la reducción de síntomas, restaurar niveles previos de funcionamiento personal, que se han visto alterados, y un sinfín de aspectos concretos del tipo de los descritos por Sundberg y Tyler (1962) como «propósitos básicos», entre los que incluyen los siguientes:

1. fortalecer la motivación del paciente para hacer las cosas «correctamente»;
2. reducir la presión emocional, facilitando la expresión de sentimientos;
3. liberar el potencial de crecimiento;
4. cambiar hábitos de conducta;
5. modificar la estructura cognitiva personal;
6. obtener un mayor conocimiento de sí mismo;
7. facilitar la comunicación y las relaciones interpersonales;
8. lograr un mayor conocimiento que facilite la toma de decisiones;
9. alterar estados corporales disfuncionales;
10. alterar estados de conciencia, y
11. cambiar el entorno social.

Weiner (1976) ha centrado sus esfuerzos clasificatorios en distinguir entre los enfoques de descubrimiento y de apoyo. Los enfoques de descubrimiento,

conocidos también como psicoterapias *reconstructivas* u orientadas al *insight* buscan lograr el cambio en la conducta mediante la revisión de los orígenes del estilo (estructura) de personalidad del individuo, ayudándole a modificar aquellas características personales que están produciendo sus dificultades en el nivel psicológico. Es decir, interesa prioritariamente esclarecer el *porqué* de los problemas.

Los enfoques de *apoyo*, conocidos también como psicoterapias *educativas* o de «*insight*» *limitado*, buscan lograr el cambio en la conducta explorando las dificultades psicológicas que tienen las personas, ayudándoles a potenciar sus propios recursos, utilizándolos para afrontar más adecuadamente sus dificultades. Es decir, el énfasis está puesto en la comprensión y abordaje al *qué* y *cómo* de sus problemas en la situación *aquí y ahora*.

Esta distinción entre *apoyo* y *descubrimiento* está en innumerables autores. Robert P. Knight (1952) reconoce dos tipos de psicoterapia: de apoyo y exploratoria. Merton M. Gill (1954a) efectúa la misma distinción. Edward Bibring (1954) desarrolla esta dicotomía distinguiendo entre cinco clases de psicoterapia:

- a. *Sugestiva*, mediante la utilización de la sugestión.
- b. *Abreactiva*, mediante la abreacción.
- c. *Manipulativa*, en la que el terapeuta interviene tratando de ofrecer una «imagen» que sirva como modelo de identificación.
- d. *Esclarecedora*, en la que a través del esclarecimiento se logra *insight* descriptivo.
- e. *Interpretativa*, en la que, a través de la interpretación se logra el *insight* pleno.

Como estamos constatando, la identificación de dimensiones sobre las

CUADRO 1. *Modalidades y finalidades de la psicoterapia*

Ejemplos «típicos» de finalidades	Psicoterapia
Conocer y resolver conflictos inconscientes	Tratamiento psicoanalítico
Ayudar a la autoaceptación	Terapia no directiva
Integrar sentimientos en conflicto	Terapia <i>Gestalt</i>
Dar significado a la existencia	Terapia existencial
Reestructurar patrones de ideas negativas	Terapia cognitiva
Eliminar ideas irracionales	Terapia racional-emotiva
Aprendizaje de técnicas de afrontamiento de situaciones de estrés	Terapia de conducta

Fuente: Elaborado a partir de Kendall y Norton-Ford (1982).

que estructurar una clasificación de las psicoterapias ha centrado el interés de numerosos autores. Una de las propuestas más interesantes es la de Richard H. Dana (1966), quien desarrolla una propuesta de clasificación dimensional según las características estructurales de las psicoterapias. Dana escoge tres dimensiones:

- a. La dimensión de *responsabilidad*, que puede situarse en el *terapeuta* o en el *cliente*, definible como el contexto de valores dentro del cual se inscribe el terapeuta.
- b. La importancia relativa entre lo que uno hace y cómo se hace: *técnica o relación*; es el *modus operandi*, el proceso y mecanismos para producir el cambio.
- c. La clase de cambios que se esperan —cambios sintomáticos observables o cambios internos observables— sólo por la persona implicada: *resultados deseables*, los criterios para conocer qué ha sucedido por el efecto del proceso terapéutico.

Cruzando estas dimensiones Dana propone la clasificación que muestra el cuadro 2. El concepto de *responsabilidad* fue introducido por Carl Rogers (1942) para indicar que el terapeuta es responsable de la conducción del tratamiento. La *responsabilidad* del terapeuta implica libertad para escoger qué es relevante y qué no, sobre qué deben versar las sesiones de tratamiento, los pasos a seguir y los objetivos a cumplir. La *responsabilidad* del paciente o cliente se orienta a la participación activa e implicación en el tratamiento y la toma de decisiones en el curso del mismo.

CUADRO 2. Clasificación de las psicoterapias según las dimensiones de Dana (1966)

ÉNFASIS EN	Dimensiones		
	Responsabilidad	Modus Operandi	Resultados
	<i>Terapeuta:</i> Psicoanalítica Conductual	<i>Técnicas:</i> No directiva Psicoanalítica Conductual	<i>Conducta observable:</i> Psicoanalítica Conductual
<i>Paciente-Cliente:</i> No directiva Existencial	<i>Relación:</i> No directiva Psicoanalítica Existencial	<i>Internalizados:</i> No directiva Psicoanalítica Existencial	

Fuente: Adaptado y modificado a partir de Dana (1966, p. 235).

La disyuntiva entre poner el énfasis en la técnica administrada por el terapeuta o en la relación entre paciente-cliente y terapeuta es indudablemente uno de los criterios más claros para clasificar «técnicamente» las psicoterapias. El predominio del énfasis técnico es característico de la terapia de conducta y, en parte, de la psicoterapia psicoanalítica. El énfasis en la relación es característico del enfoque no directivo y de la psicoterapia existencial.

Otra opción clasificatoria es acudir a la utilización de criterios teórico-racionales para establecer una propuesta que respete una descriptiva apegada a la evolución histórica de la psicoterapia. Ha primado en el establecimiento de nuestra sistemática una combinación de elementos de coherencia conceptual e histórica, junto con características estructurales «modélicas» de las diferentes psicoterapias. A fin de no propiciar un excesivo detalle, hemos obviado formas menores o sistemas recientes de psicoterapia que no tengan ya una larga tradición establecida. La clasificación obtenida —véase el cuadro 3— no resuelve todos los problemas, pero se apega a la necesaria claridad didáctica. Por ejemplo, en el apartado de las psicoterapias psicoanalíticas se han escogido «focos» teórico-técnicos, justificados a la vez por las principales áreas de influencia teórica del psicoanálisis actual. Sin embargo, en el apartado II ha sido necesario conciliar la dependencia conceptual de los primeros disidentes del psicoanálisis —en este caso los discípulos de Adler y Jung— con la influencia mediada que remite las principales aproximaciones al trabajo corporal a un basamento más remoto, pero cierto, en el psicoanálisis. La filiación existencial de la terapia *Gestalt*, el psicodrama no psicoanalítico o el análisis transaccional, es una opción explicativa discutible, pero justificada cuando se revisan las finalidades a las que se dirigen estas técnicas.

Se ha optado por distinguir netamente entre las terapias cognitivas y las terapias de conducta, a pesar de que esta distinción es todavía bastante problemática, y de hecho algunas de las técnicas que se ejemplifican en la clasificación pueden legítimamente pertenecer indistintamente a uno u otro apartado. Pero somos de la opinión de que se está dando una progresiva e inexorable delimitación de ambas vertientes. Finalmente se han otorgado apartados a las hipnoterapias, cuya identidad conceptual y técnica pensamos debe prevalecer sobre la finalidad o el contexto de aplicación; y también a la psicoterapia integradora, opción descriptiva de una finalidad: la integración conceptual de las diferentes psicoterapias en una alternativa que supera el mero eclecticismo técnico en una propuesta de alcance teórico, aún insuficientemente estructurada.

Pero las psicoterapias han de clasificarse también en función de sus modalidades de aplicación, según se recoge en el cuadro 4. Poseen especificidad propia suficiente los ejes «Posición en el ciclo vital»; «Niveles de agrupación» y «Duración de la psicoterapia». Estos ejes derivan tanto de criterios profesionales como técnicos, ya que los primeros suelen venir determinados

CUADRO 3. Clasificación de las psicoterapias según su enfoque teórico

I. Psicoterapias psicoanalíticas:	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Centrada en las relaciones objetales.</li> <li>b) Centrada en el yo / <i>Self</i>.</li> <li>c) Centrada en el «sujeto».</li> </ul>
II. Psicoterapias derivadas del psicoanálisis:	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Psicoterapia adleriana.</li> <li>b) Análisis jungiano.</li> <li>c) Terapias corporales.               <ul style="list-style-type: none"> <li>— Vegetoterapia.</li> <li>— Bioenergética.</li> </ul> </li> </ul>
III. Psicoterapias existenciales:	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Análisis existencial.               <ul style="list-style-type: none"> <li>— Análisis existencial.</li> <li>— Logoterapia.</li> <li>— Psicoterapia existencial-humanista.</li> </ul> </li> <li>b) Enfoque centrado en la persona.</li> <li>c) Terapia <i>Gestalt</i>.</li> <li>d) Psicodrama moreniano.</li> <li>e) Análisis transaccional.</li> </ul>
IV. Terapias cognitivas:	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Terapia racional-emotiva.</li> <li>b) Terapia cognitiva clásica.</li> <li>c) Terapia de constructos personales.</li> <li>d) Terapia cognitiva estructural.</li> <li>f) Terapia semántica.</li> <li>g) Terapia cognitiva de resolución de problemas interpersonales.</li> <li>h) Terapia cognitiva interpersonal.</li> </ul>
V. Terapias de conducta:	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Análisis conductual aplicado.               <ul style="list-style-type: none"> <li>— Adquisición y aumento de conductas.</li> <li>— Reducción o eliminación de conductas.</li> <li>— Procedimientos de autocontrol.</li> <li>— <i>Biofeedback</i>.</li> <li>— Condicionamiento encubierto.</li> </ul> </li> <li>b) Neoconductismo mediacional.               <ul style="list-style-type: none"> <li>— Desensibilización sistemática.</li> <li>— Exposición y prevención de respuesta.</li> <li>— Terapia aversiva.</li> <li>— Condicionamiento de ansiedad-alivio.</li> </ul> </li> <li>c) Teoría del aprendizaje social.               <ul style="list-style-type: none"> <li>— Modelado.</li> <li>— Entrenamiento en asertividad.</li> <li>— Entrenamiento en habilidades sociales.</li> <li>— Técnicas de auto-control.</li> </ul> </li> <li>d) Intervención conductual-cognitiva.               <ul style="list-style-type: none"> <li>— Entrenamiento autoinstruccional.</li> <li>— Reestructuración racional sistemática.</li> <li>— Terapia de retribución.</li> </ul> </li> </ul>

CUADRO 3. *Clasificación de las psicoterapias según su enfoque teórico* (continuación)

	— Inoculación al estrés.
	— Técnicas de manejo de la ansiedad.
	— Solución de problemas impersonales.
VI. Hipnoterapias:	a) Hipnoanálisis.
	b) Psicoterapia ericksoniana.
	c) Hipnoterapia cognitivo-conductual.
VII. Psicoterapia integradora:	(múltiples versiones)

por subespecialidades profesionales, mientras que el último, de base técnica, es también producto de una relación cualificada entre la oferta (posibilidades de la técnica) y la demanda (restricciones desde el contexto).

CUADRO 4. *Clasificación de las psicoterapias según su modalidad*

I. Según el ciclo vital de los sujetos:	— Niños/as.
	— Adolescentes.
	— Adultos.
	— Ancianos.
II. Según los niveles de agrupación:	— Individual.
	— Pareja.
	— Familia.
	— Grupo.
	— Institución.
III. Según la duración:	— Psicoterapias breves.
	— Psicoterapias de duración definida.
	— Psicoterapias de duración media.
	— Psicoterapias de larga duración.
IV. Según la finalidad:	— Intervención en crisis.
	— Psicoterapia focal.
	— Psicoterapia de apoyo.

#### IV. ¿QUÉ ES LA PSICOTERAPIA?

Tanto nuestra experiencia como las propuestas de los epistemólogos de la clínica convergen en apuntar que la psicoterapia contemporánea discurre principalmente por cuatro ejes conceptuales: *a.* la psicoterapia psicoanalítica, especialmente potenciada en los modelos derivados de la investigación de la

psicoterapia breve y focal; *b.* la terapia de conducta basada en la teoría del aprendizaje social, incluyendo la utilización de técnicas cognitivas; *c.* los modelos de la terapia cognitiva que van logrando solidez conceptual (principalmente el constructivismo y la terapia cognitiva-interpersonal) y *d.* los esfuerzos por estructurar una «psicoterapia integradora», posición que intenta organizar a nivel teórico una versión actual del eclecticismo. En el territorio de estos cuatro ejes, podemos esbozar una definición de la psicoterapia como un *conjunto de sistemas teórico-técnicos aplicados, de carácter interdisciplinar en cuanto a sus objetivos y multiprofesional en su práctica, derivados de modelos teóricos y de investigación de diferentes ciencias, y que tiene como finalidad principal la resolución por medios psicológicos de los trastornos del comportamiento y/o la inducción de cambios estables en los diferentes niveles de expresión de la conducta en orden al logro del bienestar biopsicosocial de los individuos en sociedad.*

Se hace referencia en esta definición a la psicoterapia como un *conjunto de sistemas teórico-técnicos aplicados* por la imprescindible articulación que todo acto psicoterapéutico implica entre modelo teórico, recursos técnicos y su aplicación concreta en un individuo, para un problema dado y en un contexto preciso. Se enuncia el *carácter interdisciplinar en cuanto a sus objetivos y multiprofesional en su práctica*, porque actualmente ya no se plantean seriamente modelos reduccionistas de corte profesional que pretendan erigir a la psicoterapia en coto privado de ninguna profesión, e incluso prevalece la apertura hacia la importancia de las acciones de los no-profesionales y del propio sujeto como terapeuta. La interdisciplinaridad viene exigida por las características del objeto de estudio e intervención, entre lo biológico, lo psicológico y lo social cuyos límites no pueden trazarse claramente. Por ello se subraya que la psicoterapia *deriva de modelos teóricos y de investigación de diferentes ciencias*. Y finalmente, hemos de referirnos al nivel teleológico, que en la psicoterapia es esencialmente complejo, y que hemos definido en términos de *resolución por medios psicológicos de los trastornos del comportamiento*, para subrayar la especificidad de las acciones que la psicología aporta, y que es la esencia de lo psicoterapéutico. La imprecisión del concepto de curación puede resolverse por la exigencia de *inducción de cambios estables en los diferentes niveles de expresión de la conducta*, cambios cuya finalidad es el logro del *bienestar biopsicosocial* —concepto integral de salud—, entendido en sus límites entre los derechos del individuo y los de la sociedad.

Toda definición supone una expresión de consenso dentro de los límites de objetivación de una realidad. Aunque la psicoterapia pueda ser descrita de forma ideal, su definición no es más que una expresión ordenada de los requisitos que ha de cumplir una psicoterapia científica. La psicoterapia actual aspira a lograr un pleno estatus de disciplina científica aplicada, y para ello ha de contar con las aportaciones de la investigación.

## V. INTRODUCCIÓN A LAS APLICACIONES DE LA PSICOTERAPIA

Una consideración detenida de las aplicaciones de la psicoterapia escapa a los límites de este manual, por lo que se ha optado por la presentación de una panorámica general. De entrada, se hace necesario perfilar una distinción. Al considerar el ámbito del tratamiento psicológico, constatamos que éste incluye no sólo el nivel de intervención terapéutica, sino también los niveles de promoción, prevención y rehabilitación. Si hemos de ser coherentes con la definición de psicoterapia formulada, debemos no obstante restringirnos a aquellos procedimientos y acciones dirigidos a «la curación por medios psicológicos de los trastornos del comportamiento y/o la inducción de cambios estables en los diferentes niveles de expresión de la conducta en orden al logro del bienestar biopsicosocial de los individuos en sociedad».

Tradicionalmente, la principal aplicación de la psicoterapia ha sido el tratamiento de los trastornos de índole neurótica. Pero siendo la psicoterapia —sobre todo la psicoanalítica en sus orígenes— poco específica en sus técnicas de tratamiento, su aplicabilidad quedó en un terreno más difuso que la referencia a trastornos concretos. Efectivamente, en el psicoanálisis se pasa a hablar de analizabilidad a accesibilidad al tratamiento psicoanalítico por parte de los sujetos, y no de la especificidad de las técnicas para curar determinados trastornos. Este giro redefine las aplicaciones por las posibilidades de acción en un sujeto, operativizadas en constructos explicativos como «Fuerza del Yo», capacidad para establecer la «Alianza de trabajo», «Juicio de realidad», capacidad para establecer la «Neurosis de transferencia» y su resolución, etc. Ya no se considera en sí una distinción sobre aplicabilidad basada en distinciones diagnósticas estáticas (p.e. la controversia neurosis *versus* psicosis) sino que se trata de valorar la indicación de la psicoterapia procesualmente, utilizando para ello una primera etapa de la misma, o por lo menos dedicar la fase valorativa inicial a establecer la idoneidad o no de la forma de intervención escogida.

Con la evolución de la teoría y el refinamiento de las técnicas, la psicoterapia psicoanalítica ha ido saltando sus teóricas limitaciones iniciales, restringidas prácticamente a los trastornos neuróticos (yo constituido, capacidad de *insight*), al tratamiento de los trastornos psicósomáticos (desde Alexander) y de los trastornos de la personalidad (trastorno de personalidad narcisista, trastorno de personalidad límite), a través de modificaciones tanto en los modelos teóricos como en las técnicas de intervención (los ejemplos más representativos están en las obras de Heinz Kohut y Otto Kernberg). También al tratamiento de los trastornos psicóticos, inicialmente mediante el diseño de técnicas para establecer comunicación significativa con los pacientes (destacan las contribuciones pioneras de Sullivan, Rosen, Fromm-Reichman) y nuevas conceptualizaciones teóricas (p.e. en Rosenfeld, Lacan).



Desde los años treinta se generalizan las aplicaciones específicas del psicoanálisis al tratamiento de los trastornos en la infancia, y más tarde a la adolescencia. La formalización teórica y técnica de la psicoterapia psicoanalítica breve, desde la contribución pionera de Alexander y French (1946) a los estudios clínicos y de investigación de Malan (1963) completa el panorama de aplicaciones de la psicoterapia psicoanalítica, que se ocupa de todo tipo de trastornos específicos, para los que se puedan identificar objetivos dinámicos focales. A pesar de esta significativa evolución a través de un ensanchamiento de los planteamientos teóricos y mayor disponibilidad de recursos técnicos, para el psicoanálisis, la cuestión de la aplicabilidad de la psicoterapia sigue consistiendo en una valoración —más refinada y abarcativa— de accesibilidad y analizabilidad.

Vamos a considerar ahora las aplicaciones desde una perspectiva más genérica, no desde las características estructurales del sujeto, sino desde la relación entre áreas de necesidades y objetivos de intervención. Tanto para la psicoterapia psicoanalítica, como las restantes psicoterapias (derivadas del psicoanálisis, existenciales y experienciales, cognitivas) puede establecerse un marco común, que consideraremos especialmente en cuanto a la realidad española.

El marco y programas institucionales de las intervenciones de salud distingue entre atención y prevención, y a su vez recoge especificaciones en los niveles primario, secundario y terciario. En la atención primaria se interviene con un modelo de acción precoz breve, en el que tienen utilidad las acciones de intervención en crisis. La intervención específica en salud mental está colocada en España en el segundo escalón de la atención (atención secundaria), nivel donde pueden tener lugar los tratamientos específicos. El nivel terciario incluye los planteamientos rehabilitadores.

Desde la óptica de las acciones públicas en materia de salud, toda utilización de recursos de tratamiento ha de estar en función de su adecuación a las posibilidades de los programas. Esta característica es muy importante, ya que implica que sólo se puede disponer de los tratamientos en las condiciones que prevea el programa de intervención. Veamos en el cuadro 5 ciertas correspondencias entre contextos, programas y recursos.

Las correspondencias planteadas dejan entrever que la psicoterapia típica (de larga duración) tiene una aplicación limitada en el marco de la asistencia pública, que su actual estructuración en programas no permite ampliar. Es, curiosamente, la atención primaria la que en este momento está ofreciendo mayores posibilidades para la inserción de la intervención psicológica. Complementariamente a este panorama, es la red asistencial privada la que brinda todo el abanico de recursos de tratamiento, la que ofrece de hecho los tratamientos de larga duración. Debemos, sin embargo, considerar que la formación del psicólogo clínico en cuanto psicoterapeuta ha de orientarse a

cubrir satisfactoriamente la implementación de los recursos que prevé la red sanitaria pública; es decir, toda la gama de tratamientos breves y focales, la intervención en crisis, la psicoterapia de grupo breve y los procedimientos rehabilitadores. Ello junto al conocimiento de los recursos valorativos esenciales a todas las etapas de la intervención.

CUADRO 5

<i>Nivel de la intervención</i>	<i>Recursos de tratamiento</i>
PREVENCIÓN PRIMARIA	Utilización de técnicas desarrolladas para la psicoterapia (individuales, de pareja o familia y de grupo) con fines preventivos (sensibilización, adquisición de habilidades).
ATENCIÓN PRIMARIA	Acciones valorativas para la potencial indicación de niveles específicos de tratamiento y de acciones de prevención secundaria. Contención. Intervención en crisis. Grupos especiales. Intervenciones en múltiples problemas de salud mediante técnicas derivadas de estrategias psicoterapéuticas.
ATENCIÓN SECUNDARIA	Implementación de tratamientos (valoraciones, tratamiento, evaluación) y acciones de prevención terciaria. Principales recursos: — Psicoterapia breve y tratamientos focales. — Psicoterapia de grupo y grupos especiales. — Psicoterapia de pareja y familia. — Intervención en crisis. — Contención.
ATENCIÓN TERCIARIA	Acciones y recursos rehabilitadores (valoraciones, tratamientos, evaluación). Principales recursos: — Técnicas de rehabilitación. — Comunidades terapéuticas y otros dispositivos grupales intermedios.

Por último no quiero eludir resaltar que la formación de los psicoterapeutas ha sido, es, y probablemente será, uno de los tópicos profesionales y éticos que mayor controversia suscite. Para precisar sobre este punto vamos a referirnos brevemente a los diferentes niveles de la formación de un futuro psicoterapeuta. La formación especializada implica, básicamente, que un titulado superior, licenciado en psicología o medicina, adquiere una formación para ac-

tuar como *especialista* en una determinada área de intervención. Éste es el estatus de la psicología clínica y de la psiquiatría en cuanto especialidades, y es la etapa en la que psicólogos y médicos se forman —en la integración y aplicación de los conocimientos— en un contexto real de intervención en salud mental. Las opciones de especialidad pueden ser muy variadas, estando actualmente en período de reajuste, entre las exigencias de la oferta y la demanda real del mercado de trabajo, los cambios legislativos y docentes, e incluso los requisitos de homologación de títulos entre universidades o entre Estados. Aunque se pueda debatir sobre la distinción entre el *logro legal* y el *logro real* de la formación, es indudable que las diferentes opciones presentan actualmente nexos intrincados. Es suficientemente conocido el debate suscitado en torno a las características de la formación PIR (véase, p. e., Ávila, 1990a) y MIR, así como las dudas que existen acerca del adecuado balance entre formación teórica y práctica, pero a la vez es indudable que representa un paso decisivo que las instituciones sanitarias queden comprometidas en la formación de los profesionales de la salud mental, y entre ellos de los psicólogos clínicos. Sería una exageración insostenible limitar la formación de especialistas a esa vía, porque los contextos de aplicación son mucho más variados que los que provee la red sanitaria pública, y por otra parte prácticamente toda la formación especializada en psicoterapia ha radicado tradicionalmente en instituciones privadas. La formación especializada en psicoterapia, en sus niveles de aplicación más conocidos (adultos, infantil, pareja y familia, grupos, instituciones) implica un conjunto complejo de exigencias cuya regulación viene siendo objeto de atención en los últimos años <sup>5</sup>.

En este dominio de la psicoterapia la formación presenta algunos problemas añadidos, que han sido objeto de frecuentes controversias (véase, p. e., Pelechano, 1986; 1988), a veces resueltas con un exceso de simplicidad. Detengámonos en examinar los estándares tradicionales de la formación psicoanalítica, conjunto de criterios establecidos *a priori* y desde fuera de las exigencias legales oficiales.

La pregunta a responder es qué y quién es un *psicoanalista* y si esta acepción equivale o no a la de psicoterapeuta psicoanalítico. Mientras en otras concepciones teóricas de la clínica un psicoterapeuta es un profesional que cuenta con la titulación y formación necesarias, sin que los criterios pasen a ordenarse en cánones tan precisos, en el psicoanálisis hay asociaciones externas a las universidades o a las organizaciones científico-profesionales que se atribuyen el derecho a otorgar legitimidad o no a la formación. Los movimientos asociativos en el psicoanálisis han tenido desde sus orígenes el senti-

<sup>5</sup> Desde 1991 se han intensificado los esfuerzos por conservar criterios de homologación de la formación a nivel europeo, y como acreditación profesional. En España se crea en 1992 la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas, con esta finalidad entre sus objetivos principales.

do de velar por las exigencias de control de la *pureza* de la teoría y la *calidad* de las competencias profesionales de los psicoanalistas, por lo que las asociaciones psicoanalíticas se han ocupado de definir ciertos estándares para la formación de sus miembros. Esto ya está apuntado desde la constitución del *círculo de leales* en los inicios del psicoanálisis y en el trabajo de Freud «Sobre la enseñanza del psicoanálisis en la Universidad» (1918). Como he apuntado en otro trabajo (Ávila, 1989), no es sino por consenso implícito que los psicoanalistas pertenecen, se adscriben o refieren a una institución. La institución por naturaleza —el psicoanálisis— es entonces desplazada a uno de sus efectos: las asociaciones psicoanalíticas.

Los psicoanalistas han optado frecuentemente por rehuir el control legal y social a través de las exigencias académicas o profesionales, basándose en la multidisciplinaridad de los psicoanalistas (médicos, psicólogos u otros varios) y en la naturaleza misma del psicoanálisis, definido como hecho *privado*. Pero esta *independencia* del aparato del Estado viene a ser sustituida por la omnipresencia de las instituciones que reclaman para sí la atribución de establecer la *legitimidad* en el psicoanálisis y en los psicoanalistas. Sin embargo, entre los propios psicoanalistas no hay un único sistema de criterios.

Existen ciertos lugares de convergencia para definir tales criterios. Así, los «candidatos» y profesionales en el psicoanálisis, además de adecuarse a los requerimientos teórico-conceptuales definitorios para el psicoanálisis y las psicoterapias psicoanalíticas, han de cumplir ciertos requisitos comúnmente aceptados por las asociaciones de psicoanalistas. Es aquí donde conviene matizar las distinciones entre las formaciones «idóneas» para ser psicoanalista o psicoterapeuta. Considerémoslos en detalle.

a. En primer lugar, la adquisición de la formación teórica y clínica, mediante la participación en cursos, seminarios y otras actividades docentes, durante un período suficiente (suele apuntarse un mínimo de cuatro o más años), sin que este criterio permita distinguir una formación de otra, ya que es evidentemente lo cualitativo de la formación, y no su duración, lo que prima.

b. En segundo lugar, pero el más principal de todos los requisitos, la realización de un *psicoanálisis personal suficiente* (con frecuencia se cita como ejemplo una duración *mínima razonable* de 500 horas, lo que aproximadamente equivale a 4 años y medio a tres sesiones semanales y a 6 años a dos sesiones por semana). La formación de psicoanalistas se asocia con tratamientos con un elevado número de sesiones por semana (de tres a cinco), mientras que en la formación de psicoterapeutas son más frecuentes los tratamientos de menos sesiones por semana (dos e incluso una). Obviamente resaltar una exigencia tópica: los tratamientos de los futuros profesionales han de estar conducidos por psicoanalistas o psicoterapeutas reconocidos por sus instituciones como tales.

c. Un tercer paso o criterio, tras avanzar en el análisis o psicoterapia personal, también simultáneo al mismo en una segunda etapa, es la *supervisión del quehacer clínico* durante un período a veces prolongado (tópico: al menos tres casos, durante 200 horas de supervisión, la cual viene a cumplir dos objetivos: 1. Revisión del desempeño clínico real y la puesta en cuestión de la contratransferencia; y 2. servir de complemento de la formación teórica, técnica y clínica.

El proceso del análisis y la supervisión viene rubricado frecuentemente por un mecanismo de autorización o *passe*<sup>6</sup> en el que los psicoanalistas de mayor experiencia (que ocupan puestos a tal efecto en las asociaciones psicoanalíticas) autorizan o reconocen la competencia de los candidatos. La *autorización* (expresada con frecuencia como admisión al ingreso en una determinada categoría en una asociación) es así el cenit de un proceso que no termina ahí, pero que es punto de inflexión de la tutela que la asociación ejerce sobre el candidato a psicoanalista o psicoterapeuta. Se adquiere así un estatus por designación. Se es psicoanalista o psicoterapeuta.

En la actualidad vienen a distinguirse *de hecho* varias prácticas en la enunciación de quién es psicoanalista o psicoterapeuta de orientación psicoanalítica, así como de las *praxis* psicoterapéuticas que ejercen. Las soluciones más frecuentes actualmente son:

1. Quienes aceptan cumplir los requisitos que señala una asociación, la cual delega en uno o varios de sus miembros la decisión sobre la aceptación o no del candidato; el ejemplo más característico es la IPA y sus sociedades afiliadas o conexas; de manera similar lo llevan a cabo otras asociaciones psicoanalíticas, y varias de las escuelas surgidas en torno a la enseñanza de Lacan.

2. Quienes aceptan *de hecho* los criterios (psicoanálisis o psicoterapia personal, supervisión, formación) pero asumen personalmente la decisión y oportunidad sobre autorizarse para la práctica.

3. Quienes, ante la ausencia de regulación social al respecto, no consideran necesarios cumplir parte o ninguno de los criterios, para orientar su práctica bajo conceptos y técnicas de origen psicoanalítico.

Cualquiera de estas posiciones vienen a funcionar como alternativa —en el campo del psicoanálisis— al reconocimiento académico de competencias. Los cánones de la formación psicoanalítica han generado muchas críticas, por la variedad de abusos que pueden darse. Abusos en torno a manipular la formación como un proceso de dependencia y control. Pero también abusos

<sup>6</sup> *La passe*, término introducido por J. Lacan para representar una fórmula de autorización alternativa a la autorizada tradicionalmente en la IPA (Asociación Psicoanalítica Internacional).

de quienes se introducen «alegremente» en un campo de tanta complejidad teórica y clínica sin la más mínima preparación, y ofreciendo a sus clientes competencias de las que carecen.

La formación como psicoanalista ha estado restringida en algunos países —p. e. en EE UU— permitiendo sólo el acceso a los médicos y hasta épocas muy recientes (1989) excluyendo a los psicólogos de la posibilidad de ser miembros de pleno derecho de las asociaciones u ocupar puestos de analista didáctico o supervisor. Esta situación ya no se da en la actualidad, aunque quedan secuelas de la misma.

Otras escuelas de psicoterapia han instalado controles o criterios extra-académicos a semejanza de los del psicoanálisis. Es el caso de la terapia *Gestalt*, el análisis transaccional, el psicodrama, por citar sólo unas pocas. La pregunta que cabe plantearse es si hay ciertas exigencias mínimas que todo psicoterapeuta debe cumplir. Aunque este tema no puede resolverse de forma dogmática, hay ciertos ejes en los que coinciden la mayoría de los autores, y que a su vez empiezan a generalizarse como criterios de admisión en las asociaciones científico-profesionales de los psicoterapeutas. Son los siguientes:

— la adquisición de una formación especializada particularmente sofisticada, de acuerdo a las aportaciones teóricas y tecnológicas de cada enfoque.

— la reconsideración de procesos de la persona del terapeuta (conocimiento de sí mismo), al menos hasta el mismo nivel de exigencia que se pone en juego en los tratamientos que conduce.

— un período razonablemente extenso de práctica supervisada o controlada por un terapeuta con un nivel de experiencia muy superior al del terapeuta que se inicia. Este tipo de actividades de supervisión se continúan, intermitentemente, durante largos períodos. La supervisión no sólo tiene una finalidad técnica, sino también de resolución de los problemas deontológicos que se planteen.

— la continuación de la formación teórico-clínica, mediante cualquier tipo de actividades de reciclaje, en las que el terapeuta se pone al día de los nuevos conocimientos logrados en su área de especialidad y áreas conexas.

— un compromiso con la investigación clínica, que al menos se traduce en el seguimiento sistemático de los casos atendidos, y que tiende a aportar nuevas evidencias a la comunidad científica y profesional, mediante la presentación y discusión de casos.

Estos ejes pueden facilitar la optimización de la formación de los psicoterapeutas de cualquier orientación. No podemos compartir el escepticismo que sobre el valor de la formación impregna muchos textos actuales. La refe-

rencia al modelo Boulder puede cerrar, al menos por el momento, esta problemática: el psicoterapeuta ha de ser un científico, que prima su carácter de tal a la hora de elegir sus métodos de intervención. Un científico con la exigencia de ser útil ante la singularidad de los problemas que se le plantean.

## RESUMEN

Se efectúa un recorrido por los diferentes acercamientos a la entidad conceptual de la psicoterapia, a través de diferentes ejes (objetivos, procedimientos, profesionales que la ejercen, las características singulares de la relación terapéutica). Posteriormente se discuten dos polos de identidad de los fines de la psicoterapia: ganar conocimiento y comprensión sobre los propios procesos *versus* el énfasis en el logro de cambios o modificaciones al nivel de la conducta directamente observable. La psicoterapia es concebida principalmente como un «procedimiento de ayuda y crecimiento» y no de «curación» o cambio permanente. Estudiar cómo es de hecho el proceso de la psicoterapia ha sido una de las alternativas más elegidas para clarificar esta cuestión, conciliándose este acercamiento descriptivo con las exigencias, de basamento científico de los conceptos y procedimientos con los que opera. Así se llega a definir la psicoterapia como un conjunto de sistemas teórico-técnicos aplicados, de carácter interdisciplinar en cuanto a sus objetivos y multiprofesional en su práctica, derivados de modelos teóricos y de investigación de diferentes ciencias, y que tiene como finalidad principal la resolución por medios psicológicos de los trastornos del comportamiento y/o la inducción de cambios estables en los diferentes niveles de expresión de la conducta en orden al logro del bienestar biopsicosocial de los individuos en sociedad.

Las psicoterapias han sido clasificadas de acuerdo a ejes dimensionales identificados tanto teórica como empíricamente, pero a la hora de encontrar una sistemática comprehensiva de los diferentes enfoques actuales prima la utilización de criterios racional-teóricos, que conduce a identificar 7 clases (psicoterapias psicoanalíticas, derivadas del psicoanálisis, existenciales, cognitivas, de conducta, hipnoterapias, y finalmente la opción integradora). También es necesario distinguir modalidades derivadas de las exigencias de especialización profesional y de los contextos de la demanda (diferentes momentos del ciclo vital; agrupación, duración o finalidades especiales).

Finalmente se revisan las problemáticas surgidas de la confrontación de los enfoques y recursos psicoterapéuticos con sus contextos de aplicación, y las exigencias de una formación adecuada del psicoterapeuta.

## LECTURAS RECOMENDADAS

Kriz, Jürgen (1985), *Grundkonzepte der Psychotherapie*, Gmbh, Munich, Psychologie Verlags Union [*Corrientes fundamentales en psicoterapia*, Buenos Aires, Amorrortu, 1990].

Se trata de una obra que recoge nociones fundamentales de las principales orientaciones de la psicoterapia agrupadas en cuatro secciones: psicología profunda, terapia de la conducta, psicoterapias humanistas y abordajes sistémicos. Bien documentado, ofrece una perspectiva «europea» a nivel de las referencias y análisis temático. Se recomienda al lector revise los capítulos 1 («Las raíces de la psicoterapia») y 2 («Psicoanálisis: Freud»). Toda la primera parte puede ser considerada complementaria a este Manual.

Singer, Erwin (1965), *Key Concepts in Psychotherapy*, Nueva York, Random House [*Conceptos fundamentales de la psicoterapia*, México, FCE, 1969].

Está entre las escasas obras que intenta dar una visión de conjunto de la psicoterapia en cuanto proceso de tratamiento. Desarrollado desde el punto de vista de la psicoterapia psicoanalítica, aborda los temas conceptuales básicos y permite que el lector adquiera un punto de partida asequible. Los capítulos I («Raíces históricas y filosóficas»), II y III («Propósitos y metas de la psicoterapia») están especialmente indicados.