



PSIENCIA. Revista Latinoamericana de  
Ciencia Psicológica  
ISSN: 2250-5490  
[contacto@psiencia.org](mailto:contacto@psiencia.org)  
Asociación para el Avance de la Ciencia  
Psicológica  
Argentina

Benito, Ezequiel  
LAS PSICOTERAPIAS

PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, vol. 1, núm. 1, abril, 2009, pp. 1-9  
Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica  
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333127084005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

SECCIÓN: ¿QUÉ ES?

## LAS PSICOTERAPIAS

Ezequiel Benito<sup>1</sup>

Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires

### Introducción

Las reflexiones sobre los efectos de la palabra y el uso de rituales para el tratamiento de los trastornos del comportamiento, el pensamiento y las emociones humanas pueden rastrearse hasta las sociedades primitivas, relacionadas con metáforas sobrenaturales y animistas, como el caso de la posesión. Así también, en la antigua Grecia, Aristóteles y Platón ya reconocían el uso del lenguaje con fines curativos.

A mediados del siglo XVIII, Phillipine Pinel, un psiquiatra francés, crea el tratamiento moral de los alienados mentales ya que suponía el origen de la patología en conflictos generados por pasiones exaltadas, por lo que plantea un dispositivo basado en la reclusión temporal para la restitución de hábitos más saludables. Hacia fines de ese período, Franz Anton Mesmer, un médico alemán, diseña una intervención terapéutica basada en el magnetismo, que logra gran difusión en Europa.

A principios del 1800, James Braid, un neurocirujano escocés, reformula las ideas de Mesmer para explicar la hipnosis y en Francia, Liébault y Berheim, en la escuela de Nancy y Charcot, en La Salpêtrière, también se dedican a la investigación de ese fenómeno. Más adelante, Berheim abandona el uso de la hipnosis y se basa en la sugestión directa del enfermo, llamando a esta práctica "psicoterapia".

Siguiendo el esquema de trabajo de Charcot, Janet se interesa en la hipnosis como vía de estudio de la "mente subconsciente" y es en esa misma línea que podemos ubicar a Josef Breuer y a Sigmund Freud, quienes posteriormente centran su trabajo en el método catártico, la histeria y las neurosis.

Durante la primera mitad del siglo XX, el psicoanálisis tiene su mayor desarrollo y expansión, configurándose como el abordaje psicoterapéutico hegemónico. Esta situación comienza a cambiar a partir de 1943, cuando Carl Rogers crea la terapia centrada en la persona como una alternativa nueva de psicoterapia e inicia un proceso de investigación sobre la relación terapéutica. Luego, con el desarrollo de los modelos conductuales, sistémicos y cognitivos se acentúa la competencia y hoy en día el psicoanálisis ya no es, por lejos, el único modelo de intervención disponible. Actualmente, existen más de 400 dispositivos de psicoterapia (Garfield y Bergin, 1994) y, dentro del mismo psicoanálisis, se han reconocido

---

<sup>1</sup> Correspondencia a: ezequiel.benito@coband.org

alrededor de 200 variantes. Este escenario plantea el terreno de las psicoterapias como un campo heterogéneo que ha ido creciendo y diversificándose ampliamente.

En este punto conviene plantear la pregunta sobre qué tipo de intervención puede definirse como psicoterapéutica. Sin un criterio establecido, debería admitirse cualquier tipo de tratamiento que se base en una relación de al menos dos personas, en donde una realiza algún tipo de operación discursiva sobre la otra.

Podríamos decir que un procedimiento, para ser considerado psicoterapéutico, debe basar sus intervenciones en una teoría científica del funcionamiento y del cambio conductual/psicológico de las personas y presentar un conjunto organizado de técnicas, capacidades o formas de promover una mejora en las condiciones que generan el motivo de consulta del paciente. Desde ya que no es una tarea simple elaborar un criterio claro de demarcación, pero mientras esto no se haga, sigue aumentando la oferta de dispositivos "psicoterapéuticos" de dudosa procedencia teórica y sin probada aplicabilidad clínica que se presentan como opciones de atención en salud mental, sin informar a los pacientes de la existencia de otros tratamientos.

A partir de la reflexión sobre esta realidad se plantean varios interrogantes, nuevos horizontes aparecen para las psicoterapias en todo el mundo y poco a poco, la Argentina comienza a acercarse a los puntos de decisión académico-organizacionales y en materia de políticas de salud que otros países ya enfrentaron. El objetivo de este artículo es introducir esas cuestiones y desarrollarlas esquemáticamente para habilitar la posibilidad de debate.

Se presentará en primera instancia, una breve descripción de los modelos generales de psicoterapia que existen más allá del psicoanálisis, para luego revisar algunas formas de evaluación de tratamientos y cómo la cuestión de la regulación ética y legal de la práctica psicoterapéutica se articula con esto. Finalmente, resaltaremos las diferentes posibilidades que brinda la investigación y las perspectivas de los movimientos de integración del campo.

### **Modelo conductual**

La terapia de la conducta se cristaliza entre los años 1960 y 1980. Los terapeutas conductuales utilizan conceptos que surgieron de la investigación experimental del aprendizaje, realizada en Rusia a principios del siglo XX por el fisiólogo Iván Pavlov y en Estados Unidos, desde 1930, por el psicólogo B. F. Skinner.

El enfoque conductual estuvo originalmente focalizado exclusivamente en las conductas observables e individuales, aunque contemporáneamente fue ampliado por psicólogos como Joseph Wolpe y Albert Bandura, incluyendo variables del aprendizaje social y cognoscitivo.

De acuerdo a este modelo, la patología se define como una forma de comportamiento aprendida que se desarrolla según las mismas leyes que gobiernan la conducta normal. Se considera que a través de una historia de aprendizaje una forma de proceder puede llegar a ser

desadaptativa para el paciente, en tanto no le permite desempeñarse en su vida como quisiera, provocándole sufrimiento.

El tratamiento comienza con la realización de un análisis funcional de la conducta, es decir, registrando el comportamiento del paciente en el contexto de su vida cotidiana. Luego, se diseña con él y de acuerdo a sus necesidades, un programa de procedimientos de reaprendizaje dirigido de manera específica a la modificación, disminución o eliminación de sus síntomas.

### **Modelo cognitivo**

El modelo cognitivo surge principalmente de los desarrollos de los psicólogos estadounidenses Albert Ellis, quien en 1955 crea la terapia racional emotiva y Aaron Beck, mentor de la terapia cognitiva, en el año 1960. Es conveniente aclarar que el origen de estos modelos es diferente del de la psicología cognitiva, aunque en la actualidad se han generado algunos vínculos de asociación.

Esta perspectiva se centra en los procesos de pensamiento y en cómo éstos pueden afectar la forma en que el paciente construye su experiencia del mundo, conduciéndolo a desarrollar emociones disfuncionales y dificultades conductuales.

El tratamiento, especialmente a través de la técnica de reestructuración cognitiva, aborda en primera instancia los pensamientos más superficiales que tiene la persona, llamados “pensamientos automáticos”, para luego abocarse a la revisión y modificación de los esquemas y creencias menos conscientes que marcan su estilo de interpretación de la realidad, generando junto a ella nuevas formas de significación de la experiencia que no le generen malestar.

### **Modelo existencialista-humanista**

Los principales referentes de este modelo son el psicólogo estadounidense Carl Rogers, quien desarrolla la terapia centrada en la persona en los años '40 y el psicoanalista alemán Frederick S. Perls, creador de la psicoterapia gestáltica hacia la década del '50.

El abordaje de Rogers propone que cada individuo tiene capacidades para el autoconocimiento y el cambio constructivo, planteando que la acción del terapeuta debe ayudarlo a desarrollarlas. Para esto, el profesional debe reunir una serie de cualidades personales esenciales: empatía, autenticidad y aceptación positiva incondicional.

La terapia gestáltica parte del postulado de que el descubrimiento intelectual de lo que al paciente le está sucediendo (insight) es insuficiente para curar el trastorno por lo que desarrolla ejercicios específicos pensados para mejorar la conciencia general de la persona sobre su emoción, estado físico y necesidades reprimidas a través de estímulos físicos y psicológicos del ambiente.

### **Modelo sistémico (interaccional o comunicacional)**

La instauración del modelo interaccional como dispositivo psicoterapéutico tiene lugar en la década del '60, como un enfoque específico de terapia familiar. Este desarrollo tiene una extensa base científica, en especial a través de la línea de trabajo impulsada por el Mental Research Institute [Instituto de Investigación Mental] (MRI) en Palo Alto, Estados Unidos.

Sus principales referencias provienen de la teoría general de los sistemas (Bertalanffy, 1968), la cibernetica y los desarrollos de los pragmáticos de la comunicación (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967; Bateson, 1972). Recibe también la impronta de quienes venían trabajando en la terapia familiar desde una óptica no sistemática, pero que comenzaban a interesarse por las variables interaccionales.

Existen tres grandes escuelas tradicionales dentro de la terapia sistemática: la escuela de Palo Alto, con Watzlawick y Bateson entre los más reconocidos, la escuela estructural, cuyo principal representante es Minuchin y la escuela de Milán con Selvini Palazzoli como su máxima figura (Feixas & Miró, 1993).

La principal característica de este abordaje es que centra sus objetivos terapéuticos específicamente en la modificación de los patrones de interacción entre las personas (Feixas & Miró, 1993) no considerando los trastornos como conflictos individuales sino como patologías de una relación. El punto de partida es el principio de que toda conducta es comunicación. A su vez, la persona es entendida como parte de un sistema, siendo los miembros de ese sistema interdependientes.

El modelo terapéutico está especialmente dirigido a parejas y familias y se orienta principalmente a establecer diferentes tipos de cambios en las reglas que rigen el funcionamiento del grupo, con el objetivo de generar cambios en sus integrantes.

### **Escenario actual**

Actualmente, ha tomado un lugar central en el mundo la discusión por la eficacia, la efectividad, la eficiencia y la estabilidad de los cambios logrados en psicoterapia. Esta preocupación no es reciente, sino que comienza en los años '50, cuando se estaban generando serias dudas sobre la utilidad de la psicoterapia. En 1952, Hans Eysenck publica una investigación ya clásica, comparando los efectos de la intervención -en ese entonces psicoanalítica- con la no intervención, encontrando que quienes no recibían tratamiento mejoraban incluso más que quienes lo recibían.

A partir de entonces y con el surgimiento de modelos científicamente basados de psicoterapia se ha hecho más fácil poner a prueba el funcionamiento de cada tratamiento y en la mayor parte del mundo se considera necesario justificar la oferta de dispositivos en los resultados de las investigaciones que avalan su calidad.

Con respecto a las formas de evaluar los tratamientos, podemos decir que la eficacia indaga los resultados de la aplicación de cada modelo bajo un riguroso control metodológico y clínico, mientras que los estudios de efectividad evalúan si se reportan resultados comparables en la realidad clínica diaria, donde no se pueden regular ni controlar tanto las variables con tanta precisión. (Mustaca, 2004). Se ha demostrado que, a pesar de las diferencias en la validez interna, externa y ecológica, los estudios de eficacia son confiables predictores de la efectividad de un tratamiento (Chambless y Ollendick, 2001). De todas maneras, es aconsejable llevar a cabo este tipo de estudios, aun luego de establecer su eficacia de manera de mejorar la precisión de los índices de aplicabilidad clínica.

La eficiencia pone en relevancia la relación costo-beneficio, estudiando el tiempo que necesita un dispositivo para generar los cambios buscados. El cuarto concepto es el de la estabilidad de los cambios logrados; este es un punto muy importante, ya que lo que se busca no es que la persona mejore sólo durante la terapia y a su finalización, sino que mantenga ese bienestar en su vida por el mayor tiempo posible. Estos estudios se hacen realizando seguimientos de los pacientes por un tiempo que va desde meses hasta varios años, registrando las posibles recaídas.

El desarrollo de los estudios de eficacia y efectividad ha introducido la distinción entre tratamientos de eficacia comprobada, tratamientos probablemente eficaces y tratamientos experimentales, en relación con el tipo y la cantidad de investigaciones que avalan cada modelo (Mustaca, 2004). Esta división es importante ya que puede ser una gran referencia a la hora de la indicación selectiva de un tratamiento.

Es justamente con la problemática de la indicación selectiva de tratamientos que se enlaza una cuestión ética y legal de gran relevancia: ¿Qué es lo que debería ofrecerse como primera opción ante el diagnóstico de un trastorno mental? Esto es crucial al momento de realizar la evaluación de lo que el paciente presenta como motivo de consulta, por ejemplo, en una entrevista de admisión, ya que allí se definirá su derivación.

¿Cuál es la importancia de esto? Pues bien, pongámonos en la piel -o más bien, debajo la piel- de un paciente que sufre un trastorno de ansiedad generalizada (TAG); pasa días enteros preocupado por potenciales problemas, nervioso e inquieto. Esto le impide disfrutar de su relación de pareja, habiendo tenido que dejar el trabajo y los estudios. Cuando esta persona busca un psicoterapeuta para obtener ayuda es deseable que el profesional que consulte recurra para ayudarlo a los tratamientos que han demostrado ser más adecuados para aliviar su sufrimiento, ya que no sería lo mismo que se recupere y pueda reintegrarse en su vida en seis meses, en un año, en diez o nunca; pudiendo inclusive empeorar en ese tiempo.

Lo que se propone es que cualquier persona que acuda en busca de un tratamiento psicoterapéutico pueda contar con la atención de un profesional que posea una formación integral y actualizada, lo cual le garantice en la mayor medida posible la resolución de los problemas que la aquejan, evitando atenerse a prácticas arbitrarias de psicoterapeutas que desestiman conocimientos y herramientas de uso y efectividad demostrada por priorizar su

filiación teórica, institucional o simplemente confiar en su mera experiencia clínica, algo que se ha demostrado está sujeto a numerosos sesgos que implican peligros para el paciente en cuanto a la calidad de la atención que recibe. (Garb, 1998; Garb, 2000). A pesar de que estos procedimientos existen, mientras no contemos con programas que aseguren su enseñanza y leyes que reglamenten su aplicación, la práctica de la psicoterapia sigue quedando fuera de control. Esto, sin dudas, es un problema mayor y como tal, debe ser analizado.

Ahora bien, no todo tipo de sufrimiento psicológico puede ser ostentado como exclusivo de las psicoterapias. Podría decirse que una psicoterapia es indicada frente al diagnóstico de un trastorno para el cual se haya probado su mejor adecuación en relación con otro tipo de tratamiento; entre otras razones, porque existen formas de sufrimiento donde es difícil definir la exclusividad de una intervención ante la dificultad diagnóstica. Este es un debate tan interesante como necesario, aunque su planteo excede el marco de este artículo.

Asimismo, si bien podemos señalar que el tipo de diagnóstico que posibilita el DSM-IV ha recibido críticas en relación a su funcionalidad clínica, lo que se mantiene bajo acuerdo general es su utilidad para la comunicación interdisciplinaria y la investigación, por lo que todo psicoterapeuta debe conocerlo y manejarlo. También es cierto que esta forma de clasificación tiene su origen en el campo de la psiquiatría y hay quienes evalúan necesario que, desde un enfoque biopsicosocial, los psicólogos clínicos puedan elaborar categorías diagnósticas funcionales a los tipos de evaluación y tratamiento específicos de la psicoterapia, complementando el enfoque psiquiátrico.

### **Investigación e integración: el futuro de las psicoterapias**

Es nuestra intención, luego de lo tratado hasta aquí, presentar el desarrollo futuro que pueden tener las psicoterapias. La creación de guías de tratamientos eficaces es una muestra de la importancia que la investigación ha tomado y constituye un desafío para cada dispositivo de psicoterapia para mantener su lugar, justificando su desarrollo, enseñanza y aplicación. Este marco de trabajo se encuadra en la llamada práctica basada en la evidencia, por su énfasis en la búsqueda de soporte empírico para los diferentes dispositivos disponibles.

Podría decirse que la investigación para la generación y actualización de estas guías constituye una tendencia de la investigación en psicoterapia. Una segunda tendencia, no contrapuesta sino complementaria de la primera, tiene que ver con los movimientos de integración de diferentes modelos o técnicas psicoterapéuticas. Un ejemplo de esta línea, llamada en este caso eclecticismo técnico, es lo que sucedió con el modelo cognitivo y el conductual, los cuales han confluido de manera bastante ordenada, conformando el abordaje que se conoce bajo el nombre de terapia cognitivo conductual (TCC).

Aun cuando hay diferencias entre los tipos de integración, la TCC es un buen ejemplo de cómo dispositivos de orígenes diversos pueden complementarse. Así también, la terapia sistémica se ha acercado a la TCC, generando un campo reciente que algunos denominan

terapia sistémico cognitivo conductual. Por otra parte, los modelos psicodinámicos y los humanístico-existenciales han comenzado a realizar investigaciones sistematizadas, evaluando resultados y procesos, utilizando metodología científica.

Con la apertura de diferentes modelos a la investigación, se hicieron evidentes muchos puntos en común entre los diferentes enfoques, algo que ha sido especialmente desarrollado por las propuestas de integración basadas en factores comunes. Esta perspectiva, encabezada por el psicólogo norteamericano John Norcross, se orienta a determinar cuáles son las variables que más allá de las técnicas empleadas, intervienen en el éxito del tratamiento, como la calidad de la alianza terapéutica y la personalidad del terapeuta, entre otras. Las investigaciones en este sentido se han visto plasmadas en un libro del estilo de las guías de tratamientos eficaces dirigido a su sistematización (Norcross, 2002).

Otra de las aproximaciones de la integración apunta a una conexión a nivel teórico. Este movimiento promueve la generación de principios generales que expliquen y sustenten desde un modelo unificado, el funcionamiento de los dispositivos utilizados. Este es, sin duda, un proceso mucho más complejo, ya que exige el nivel más alto de formación y capacitación, tanto en investigación como en práctica. (Fernández Álvarez, 1992)

La investigación constituye el marco de justificación de cualquier tratamiento aplicable en muchos países -en especial a través de los sistemas de salud- y es deseable que esto sea así en Argentina. La ausencia casi total de investigación en psicoterapia es notoria en nuestro territorio (Mustaca, 2004), algo que llama mucho la atención debido a que la amplia mayoría de psicólogos trabajan en clínica (Alonso, 2006). Este es, sin dudas, un punto de decisión que aun no ha sido enfrentado con éxito en nuestro país.

En relación con esta última cuestión, queremos hacer un llamado especial a todos los estudiantes de psicología interesados en trabajar en clínica a conocer mejor esta realidad, realizando una evaluación crítica de los modelos de trabajo clínico que reconocen escasa o ninguna importancia a la investigación. Más allá de lo interesante o atractiva que pueda parecernos una teoría o forma de intervención, debemos a demandar una base consistente en sus hipótesis clínicas, siendo aun más exigentes cuando se trata de tomar un dispositivo o técnica para utilizarlo con personas que están sufriendo.

Otro de los puntos en que estamos definitivamente atrasados con respecto al resto del mundo tiene que ver con la actualización profesional. La psicoterapia exige uno de los más altos niveles de renovación ya que está en constante desarrollo, por lo que debería ser condición obligada para ejercer este trabajo conocer los resultados de las últimas investigaciones y cambios en teorías y técnicas. Un psicoterapeuta con deficiente formación en investigación no tendrá la capacidad de evaluar correctamente los resultados de los últimos estudios publicados para realizar modificaciones en su práctica y en consecuencia seguirá aplicando procedimientos obsoletos, que actualmente han sido mejorados o hasta reemplazados.

De todas formas, depender sólo de la voluntad de cada profesional para esta búsqueda informacional no es suficiente y sería deseable que se exijan cursos de actualización con certificación oficial, por ejemplo, para obtener una matrícula o renovarla, condicionando el derecho a ejercer la práctica. No hay duda de que la ausencia de estas regulaciones repercute directamente en tratamientos de menor calidad para la población.

Desde ya, el hecho de que se exija en la práctica la utilización de técnicas validadas por la evidencia de la investigación no implica necesariamente que se eliminen de todo programa de formación los desarrollos y teorías que aún no han pasado por esa evaluación, aunque resulta entendible que haya una mayor formación aquellos con mejor adecuación práctica. Creemos que la educación universitaria debe responder a las necesidades de su sociedad a través de la producción de profesionales idóneos para la solución de sus problemáticas.

## **Discusión**

Es posible que el programa de trabajo de las psicoterapias a nivel mundial hoy en día no sea el ideal a mantener indefinidamente, pero no hay dudas de que ha dado muy buenos resultados a la fecha. Creemos que se debe avanzar sobre lo ya establecido, aunque evaluando también las alternativas y permitiendo que nuevos enfoques puedan integrarse en un proceso de asimilación y adaptación, estructurado siempre desde la perspectiva de la ciencia.

Finalmente, queremos hacer algunas aclaraciones importantes. Como se mencionó anteriormente, si bien no se trata de dejar de lado cualquier tipo de psicoterapia no validado aun, esta distinción se puede hacer en el área de la investigación. Es decir, podemos realizar investigaciones con estos modelos -desde ya, con el consentimiento informado del paciente, que debe saber que está recibiendo un tratamiento en desarrollo y no uno bien establecido-. Esto quiere decir que en el terreno de la aplicación, en nuestra práctica diaria, debemos ser coherentes con la investigación ya realizada y manejarnos con los dispositivos que hayan pasado por el sistema de pruebas de la ciencia, para asegurarle al paciente que será atendido de la mejor manera conocida.

Este punto de decisión es ineludible y ningún sistema de creencias u opinión puede suponerse más importante. Seremos profesionales de la salud y como tales, tenemos una obligación: ofrecer el mejor tratamiento disponible para cuidar el bienestar de nuestros pacientes. No se trata de la salud de un individuo, sino también de una pareja, de una familia, la que depende de nosotros; nuestro trabajo tendrá un profundo impacto en sus vidas y eso es algo que debemos tener siempre presente.

**Ezequiel Benito**

## Referencias

- Alonso, Modesto M. (2006); "Los Psicólogos en Argentina. Datos cuantitativos"; Psicodebate, N° 6; Universidad de Palermo.
- Bienenfeld, D. (2002) History of Psychotherapy. En M. Hersen, W. Sledge (Eds.): Encyclopedia of Psychotherapy (pp. 925-935). New York: Academic Press.
- Chambless, D. y Ollendick, T. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. Annual Review of Psychology, 52, 685-716
- Eysenck, H. (1952) The effects of psychotherapy: An evaluation. Journal of Consulting Psychology, 16, 319-324.
- Fernández Álvarez. (1992) Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Buenos Aires: Paidós.
- Feixas, G. y Miro, M. (1993) Aproximaciones a la psicoterapia. Barcelona: Paidós
- Garfield, S. L. y Bergin, A. E. (1994). Introduction and historical review. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (Eds), Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (4.<sup>a</sup> ed., vol. 3-18) New York: J Wiley
- Garb, H. N. (1998). Studying the clinician: Judgement, research and psychological assessment. Washinto DC: American Psychological Association
- Garb, H. N. (2000). On Empirically Based Decision Making in Clinical Practice. Prevention & Treatment, 2 (Artículo 29).
- Mustaca, A. (2004) "El ocaso de las escuelas de psicoterapia". Revista Mejicana de Psicología, 21, 105-118.
- Norcross, J. C. (2002). Psychotherapy Relationships that Work. Therapist Contributions and Responsiveness to Patients. New York: Oxford University Press
- Semerari, A (2003) Origen y desarrollo del cognitivismo clínico. En Historia, teorías y técnicas de la terapia cognitiva (pp. 19-36). Barcelona: Paidós.
- Vilanova, A. (1990). Historia de la psicología clínica. Boletín Argentino de Psicología, 3 (6), 7-19