

¿QUIÉN LLEVA A CABO LA PSICOTERAPIA?

Como vimos en el Capítulo 1, los psicólogos clínicos, psiquiatras, asesores en salud mental y trabajadores sociales en el ámbito clínico, con titulación profesional y permiso, son los pilares principales de la profesión de la salud mental (véase la **Tabla 14.1**). Sin embargo, consejeros religiosos, vocacionales y de rehabilitación, sin colegiación clínica, además de terapeutas de arte, algunos con titulaciones superiores en ámbitos distintos a la psicología, también ofrecen servicios psicológicos.

Contrariamente al mito de que todos los psicoterapeutas tienen titulaciones superiores en salud mental, los voluntarios y **paraprofesionales** que trabajan en este campo sin poseer formación académica oficial, a menudo ofrecen servicios psicológicos en entornos como centros de intervención de crisis y otras agencias de servicios sociales. **[OBJETIVO DE APRENDIZAJE 14.2]** En la mayor parte de EE.UU., el término *terapeuta* no está protegido legalmente, de modo que casi cualquiera puede ofrecer tratamiento psicológico. Muchos paraprofesionales obtienen formación específica de departamentos y asisten a talleres que mejoran su currículum académico básico. Por supuesto, es posible entrenar a los paraprofesionales a reconocer situaciones que exijan la consulta de un profesional con mayor experiencia. Los paraprofesionales ayudan a compensar el gran vacío existente entre la elevada demanda y la escasa oferta de profesionales autorizados (den Boer, Wiersma, Russo, et al., 2005).

Tabla 14.1 Profesiones, títulos, función y entorno de trabajo de los profesionales de la salud mental. No todos los terapeutas son iguales: los “consumidores” de salud mental no suelen ser conscientes de las grandes diferencias de educación, formación y del papel de los distintos psicoterapeutas. Esta tabla ofrece cierta orientación al respecto.

Profesión	Título/Licencia	Papel/Entornos
Psicólogos clínicos	PhD/PsyD, MA	Consulta privada, hospitales, escuelas, agencias de la comunidad, entornos médicos, académicos, etc.
Psiquiatras	MD o DO	Médicos, consulta privada, hospitales, centros médicos, escuelas, entornos académicos, etc.
Psicólogos asesores	PhD, EdD, MA, MS, MC	Clinicas universitarias, centros de salud mental, tratamiento de personas con problemas psicológicos menos graves.
Psicólogos educativos	PhD, PsyD, EdD, EdS, MA, MS, MEd	Intervenciones en la escuela, asesoramiento, programas de prevención, trabajo con profesores, estudiantes, padres y madres.
Trabajadores sociales clínicos	La formación varía mucho: BSW, MSW, DSW, LCSW	Consulta privada después de experiencia supervisada, instalaciones psiquiátricas, agencias de hospitales/comunidad.
Asesores en salud mental	MSW, MS, MC	Consulta privada, agencias de la comunidad, hospitales, otros; asesoramiento laboral, problemas conyugales, abuso de sustancias.
Enfermeros psiquiátricos	La formación en enfermería varía mucho; diplomatura, BSN, MSN, DNP, PhD	Hospitales, centros sanitarios de la comunidad, servicios de atención primaria, clínicas psiquiátricas con pacientes externos, gestión de medicaciones; con títulos avanzados pueden diagnosticar y tratar pacientes psiquiátricos.
Asesores pastorales	La formación varía entre licencia-tura y titulaciones más avanzadas	Asesoramiento, apoyo en contextos espirituales; programas de bienestar; terapias de grupo, familiares y de pareja.

Explicación titulaciones: BSN, Licenciatura en Enfermería; BSW, Licenciatura en Trabajo Social; DNP, Doctorado en práctica médica de Enfermería (Licenciatura + 2 años); DO, Doctorado en Osteopatía; DSW, Doctorado en Trabajo Social; EdD, Doctorado en Educación; EdS, especialista en Educación; LCSW, Licenciatura en Trabajo Social Clínico Autorizado; MA, Máster en humanidades; MC, Máster en asesoramiento; MEd, Doctorado en Medicina; MEd, Máster en Educación; MS, Máster en ciencias; MSN, Máster en Enfermería; MSW, Máster en Trabajo Social; PhD, Doctorado en Filosofía; PsyD, Doctorado en Psicología.

En realidad, los terapeutas no necesitan estar formados profesionalmente ni tener muchos años de experiencia para ser eficaces (Berman & Norton, 1985; Blatt, Sanislaw, Zuroff, et al., 1996; Christensen & Jacobson, 1994). Muchos investigadores han descubierto que existen muy pocas diferencias o ninguna entre terapeutas más y menos expertos (Dawes, 1994; McFall, 2006). ¿A qué se debe? Los terapeutas que dan esperanza a los pacientes, empatía, consejos, apoyo y oportunidades de nuevas experiencias de

aprendizaje pueden ser efectivos independientemente de su formación (Frank & Frank, 1991; Lambert & Ogles, 2004).

¿QUÉ HACE FALTA PARA SER UN/A PSICOTERAPEUTA EFICAZ?

En 1995, la revista *Consumer Reports* llevó a cabo una encuesta entre 180.000 suscriptores sobre sus experiencias con la psicoterapia. El 90% de los 7.000 lectores que respondieron a las preguntas sobre salud mental creían que les había ayudado. Los mejores resultados correspondían a personas que habían consultado un profesional autorizado durante 6 meses o más (Seligman, 1995). Sin embargo, dado que este estudio no se basaba en un diseño experimental (véase el Capítulo 2), con pacientes asignados aleatoriamente al tratamiento o al grupo de control, hay que tener cautela con la interpretación de estos resultados. Puede que quienes siguieron el tratamiento durante 6 meses ya se hubieran beneficiado en un momento anterior del proceso o que intentarían justificar el tiempo adicional que pasaron en la terapia.

La consulta con profesionales supone ciertas ventajas: (1) saben cómo moverse eficazmente dentro del sistema de salud mental, (2) son conscientes de la complejidad de los problemas éticos, profesionales y personales, y (3) pueden seleccionar tratamientos de eficacia demostrada (Garske & Anderson, 2003). Además, los terapeutas formados y expertos suelen estar más seguros de sí mismos, se muestran menos defensivos y son más capaces de entender la forma de ver el mundo de los pacientes que los terapeutas paraprofesionales e inexpertos (Feyber & McClure, 2000).

El tipo de formación y los años de experiencia no son determinantes básicos de un buen terapeuta. Por tanto, ¿qué lo determina? Los investigadores proponen algunas respuestas. Es probable que los terapeutas eficaces sean afectuosos y directos (Garske & Anderson, 2003; Westerman, Foote & Winston, 1995), que establezcan una relación de trabajo positiva con los clientes (Kazdin, Marciano & Whitley, 2005; Luborsky, McLellan, Digner, et al., 1997) y que no suelen contradecir a los pacientes (Friedlander, 1984). **[OBJETIVO DE APRENDIZAJE 14.3]** Los terapeutas eficaces también seleccionan temas importantes en que centrarse durante las sesiones (Goldfried, Raue & Castonguay, 1998) y adaptan sus tratamientos a las necesidades y características de los pacientes (Beutler & Harwood, 2002). Las diferencias entre terapeutas, por cuanto se refiere a su capacidad y características, pueden ser tan grandes que eclipsan las diferencias entre los tipos de terapias que ofrecen (Ahn & Wampold, 2001; Luborsky, et al., 1986). Ciertamente, es importante considerar la eficacia de un determinado método terapéutico para un problema o situación concreta, pero cuando se trata del éxito de la psicoterapia, la elección del terapeuta es tan importante como la elección de la terapia (Blow, Sprengle & Davis, 2007).

En la **Tabla 14.2**, se presentan algunos consejos tanto para la selección de terapeutas óptimos como para evitar a los pésimos.

¿QUÉ OPINA?

Ha decidido buscar una terapia que le ayude a afrontar su ansiedad social. La terapeuta del servicio de salud mental para estudiantes es alguien con quien “conecta” y con quien se siente realmente bien hablando, pero su método de terapia en concreto no es el que buscaba. ¿Qué tendría que hacer?



Los “clientes” ideales? Un estudio de 1964 reveló que muchos terapeutas preferían tratar a personas que eran relativamente jóvenes, atractivas, habladoras, inteligentes y con éxito (denominados “clientes YAVIS” por el acrónimo en inglés de *young, attractive, verbal, intelligent, and successful*; Schofield, 1964). No obstante, recientemente los terapeutas son más conscientes de la importancia de la ayuda a una clientela más amplia, de todas las edades y orígenes culturales.

DESCARTAR LAS HIPÓTESIS

ALTERNATIVAS

¿Han quedado descartadas todas las explicaciones alternativas sobre el descubrimiento en cuestión?

P 564 - 573
575 - 583
588 - 89



Tabla 14.2 ¿Qué tendría que buscar en un/a terapeuta y qué tipo de terapeuta debería evitar? Cientos de miles de personas se denominan a sí mismas “terapeutas”. Y, por tanto, es difícil saber a quién buscar o evitar. Esta lista puede ayudarle a usted, a sus amigos o seres queridos a elegir un buen terapeuta y a mantenerse alejados de los peores.

Si su respuesta es sí a la mayoría de las afirmaciones siguientes, es probable que el/a terapeuta pueda ayudarle:

- (1) Puedo hablar libremente y abiertamente con el/a terapeuta.
- (2) El/la terapeuta escucha atentamente lo que digo y entiende mis sentimientos.
- (3) El/la terapeuta es cariñoso y directo y hace aportaciones útiles.
- (4) El/la terapeuta explica previamente lo que hará y por qué, y está dispuesta a responder a preguntas sobre su titulación y formación, mi diagnóstico y nuestro plan de tratamiento.
- (5) El/la terapeuta me anima a afrontar retos y a resolver problemas.
- (6) El/la terapeuta utiliza métodos científicos y habla de las ventajas e inconvenientes de otros métodos.
- (7) El/la terapeuta controla regularmente cómo estoy y está dispuesto a modificar el tratamiento cuando no funciona.

Si su respuesta es sí a una o más de las afirmaciones siguientes, es probable que el/a terapeuta no consiga ayudarle e incluso le perjudique:

- (1) El/la terapeuta se pone a la defensiva y se entada cuando le cuestiono.
- (2) El/la terapeuta tiene un enfoque “único” para todos los problemas.
- (3) El/la terapeuta se pasa bastante tiempo en cada sesión hablando de “invalidades”, diciéndome exactamente lo que tengo que hacer y compartiendo anecdóticas personales.
- (4) El/la terapeuta no aclara lo que se espera de mí en el plan de tratamiento y nuestras conversaciones carecen de objetivo y dirección.
- (5) El/la terapeuta no parece estar dispuesta a hablar sobre la base científica de lo que hace.
- (6) No existen límites profesionales claros en mi relación con el/la terapeuta; por ejemplo, habla sobre su vida privada o me pide favores personales.

CUESTIONARIO

1 Los estadounidenses de origen asiático tienen más probabilidad de acudir a psicoterapia que los de origen europeo.

VERDADERO

FALSO

2 La mayoría de las personas que buscan psicoterapia lo hacen dos años o más después de haberse dado cuenta por primera vez de que tienen problemas psicológicos.

VERDADERO

FALSO

3 Todas las personas que llevan a cabo terapias poseen títulos académicos en salud mental.

VERDADERO

FALSO

4 Es necesaria una formación profesional universitaria para obtener buenos resultados como terapeuta.

VERDADERO

FALSO

F (4) : F (3) : V (2) : F (1) : sesion5 Res



PEARSON
mypsychlab

▼ ¿Cómo tratan los psicólogos los trastornos? Descúbralo en el vídeo titulado *Recent Trends in Treatments: Sue Mirneka (Tendencias recientes en tratamientos: Sue Mirneka)* en www.mypsychlab.com.

Terapia de distintos “sabores”: repaso de los enfoques terapéuticos

En lo que resta de capítulo, examinaremos algunos de los enfoques terapéuticos más destacados, sus métodos y su estatus científico. Algunas terapias se centran en emociones inconscientes, miedos y deseos; otras en la modificación de conductas, pensamientos y razonamientos. Algunas son individuales, otras en pareja y otras implican a grupos de personas sin relación que comparten un problema o preocupación.

TERAPIAS DE INSIGHT: TOMA DE CONCIENCIA

Comenzaremos el repaso con una visión general sobre los *terapeutas psicodinámicos*, término que hace referencia tanto a los terapeutas directamente freudianos como a los influidos por las técnicas de Freud.

Las terapias psicodinámicas y las humanistas, que también se abordarán, suelen denominarse *terapias de insight*, puesto que su objetivo es la toma de conciencia, es decir, lograr una comprensión del núcleo del problema.

Terapias psicoanalítica y psicodinámica: el legado de Freud.

Los terapeutas psicodinámicos comparten cinco presupuestos generales que conforman la base del enfoque psicodinámico (véase el Capítulo 12):

¡OBJETIVO DE APRENDIZAJE 14.4!

- (1) Gran parte de la conducta humana está motivada por conflictos, deseos e impulsos inconscientes.
- (2) Las conductas patológicas tienen causas significativas que los terapeutas pueden descubrir.
- (3) Las dificultades actuales de las personas derivan de sus experiencias en la infancia.
- (4) La expresión emocional y la oportunidad de volver a vivir sucesos pasados relevantes son aspectos críticos de la terapia.
- (5) Cuando los pacientes alcanzan el *insight* intelectual y emocional del material anteriormente inconsciente, las causas y el significado de los síntomas pasan a ser evidentes y, a menudo, hacen que los síntomas desaparezcan.

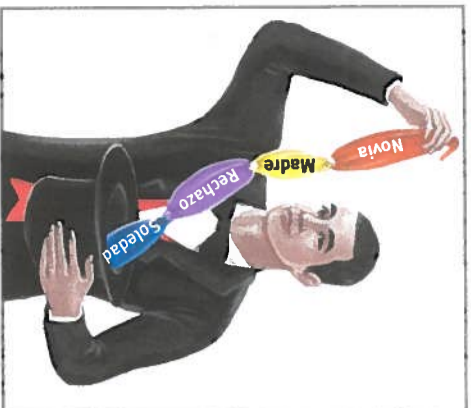
Psicoanálisis: la primera terapia. El psicoanálisis de Freud fue la primera forma de psicoterapia.

De acuerdo con él, el objetivo de la terapia es *hacer que el inconsciente sea consciente*. Con ello, quería decir que se debía hacer que los pacientes sean conscientes de los impulsos, conflictos y recuerdos anteriormente reprimidos y que generen malestar psicológico. La terapia psicoanalítica pretende dispar las alteraciones emocionales producidas por experiencias pasadas, culpa y frustraciones (Bornstein, 2001; Mellinger & Lynn, 2003). Los terapeutas psicoanalíticos, a veces denominados “analistas”, intentan cumplir esta ardua tarea utilizando seis técnicas principales:

GLOSARIO

Terapia de insight

Psicoterapia con enfoque psicodinámico y humanista, que tiene por objetivo ampliar la conciencia o la comprensión de los problemas.



El concepto freudiano de la “asociación libre” es un poco como el mago que saca pañuelos del sombrero, con un pensamiento que lleva al siguiente, que a su vez lleva al siguiente, etc.

DESCARTAR LAS HIPÓTESIS ALTERNATIVAS

¿Han quedado descartadas todas las explicaciones alternativas sobre el descubrimiento en cuestión?

(1) **Asociación libre.** Mientras los pacientes están tumbados en el diván, en una posición cómoda y relajada, los terapeutas les piden que digan cualquier pensamiento que les venga a la mente, sin tener en cuenta el poco sentido que tenga o lo absurdo que les pueda parecer. Este proceso se denomina “libre asociación” porque pueden expresarse sin ningún tipo de censura.

(2) **Interpretación.** A partir de la serie de libres asociaciones de los pacientes, los analistas formulan hipótesis relacionadas con el origen de las dificultades y las comparten con él o ella a medida que se desarrolla la interacción en la terapia. Los terapeutas también formulan interpretaciones (es decir, explicaciones) de las bases inconscientes de los sueños, emociones y conductas de los pacientes.

(3) **Análisis de sueños.** De acuerdo con Freud, los sueños expresan temas inconscientes que influyen en la vida consciente. La tarea de los terapeutas es interpretar la relación del sueño con la experiencia diurna y el significado simbólico del sueño de los pacientes.

(4) **Resistencia.** Conforme avanza el tratamiento y las personas pasan a ser dolorosamente conscientes de los aspectos anteriormente inconscientes sobre ellas mismas, suelen experimentar resistencia: es decir, intentan evitar tener que enfrentarse a ellos. La resistencia ayuda a los pacientes a evitar la ansiedad ocasionada por la revelación de los pensamientos, emociones e impulsos anteriormente reprimidos. Los pacientes la expresan de muchas maneras, tales como saltándose sesiones de terapia o quedándose en blanco cada vez que el terapeuta les plantea una pregunta sobre momentos dolorosos del pasado, y todas las formas de resistencia estancan su progreso. Para minimizar la resistencia, los psicoanalistas intentan hacer que los pacientes sean conscientes de que están obstruyendo inconscientemente los esfuerzos terapéuticos y les explican exactamente cómo y a qué se están resistiendo (Anderson & Stewart, 1983; Reich, 1949).

(5) **Transferencia.** A medida que el análisis sigue, los pacientes empiezan a experimentar la transferencia: proyectan sentimientos y expectativas intensos y poco realistas de su pasado en el terapeuta. La figura ambigua del analista se convierte supuestamente en el centro de las emociones que antes se dirigían a personas importantes durante la infancia de los pacientes. Las investigaciones sugieren que a menudo se reacciona ante personas de la vida presente de forma similar a como se reaccionó ante personas del pasado (Berk & Andersen, 2000; Luborsky, et al., 1985). Esto puede sugerir que Freud estaba en lo cierto sobre la transferencia, o puede significar que unos rasgos de personalidad estables (Capítulo 12) llevan a reaccionar ante las personas de modos similares a lo largo del tiempo. Dejando a un lado estas cuestiones, las interpretaciones de los terapeutas sobre la transferencia pueden resultar útiles para algunos pacientes (Ogrodniczuk & Piper, 1999).

(6) **Reelaboración.** En la fase final del psicoanálisis, los terapeutas ayudan a los pacientes a reelaborar o procesar, sus problemas. El enfoque obtenido en el tratamiento es un buen punto de partida, pero no es suficiente y, por tanto, los analistas deben tratar conflictos y resistencias repetidamente para conseguir pautas de comportamiento sanas y ayudar a los pacientes a afrontar respuestas antiguas e ineficaces conforme vuelvan a surgir en la vida cotidiana (Menninger, 1958; Wachtel, 1997).

Progresos en el psicoanálisis: la tradición neofreudiana. Las ideas de Freud generaron nuevas escuelas y enfoques terapéuticos en la tradición psicodinámica (Ellis, Abrams & Abrams, 2008). A diferencia de los terapeutas freudianos, los neofreudianos se preocupan más por los aspectos conscientes del funcionamiento de los pacientes y tienen en cuenta las influencias culturales e interpersonales en la conducta a lo largo de la vida (Adler, 1938; Mitchell & Black, 1995). Más allá del hincapié que hizo Freud en la sexualidad y la agresión, los neofreudianos reconocen el impacto de otras necesidades importantes, tales como el amor, la dependencia, el poder y el estatus. También son más optimistas que Freud respecto a las posibilidades de las personas de alcanzar una conducta psicológicamente sana (véase el Capítulo 12).

Uno de estos neofreudianos es Harry Stack Sullivan (1954), que sostenía que la psicoterapia es una empresa colaborativa entre paciente y terapeuta. Sullivan consideraba que el papel adecuado de un analista es el de un *observador participante*. A través del proceso de observación de los pacientes, los analistas descubren y le comunican sus actitudes y conductas poco realistas ante situaciones sociales y en otros ámbitos de la vida cotidiana.

El trabajo de Sullivan influyó en el enfoque contemporáneo de la **terapia interpersonal**. Originalmente, para tratar la depresión (Klerman, Weissman, Rounsaville, et al., 1984; Santor & Kusumakar, 2001), la terapia interpersonal es una intervención a corto plazo (de 12 a 16 sesiones), diseñada para reforzar las habilidades sociales y ayudar a afrontar problemas interpersonales, conflictos (por ejemplo, disputas con miembros de la familia) y transiciones vitales (por ejemplo, el nacimiento de un hijo o la jubilación). Además de tratar eficazmente la depresión (Klerman, et al., 1984; Hinrichsen, 2008), se ha demostrado la eficacia de la terapia interpersonal en el tratamiento del abuso de sustancias y trastornos alimentarios (Klerman & Weissman, 1993; Weissman, Markowitz & Klerman, 2000).

Terapias psicodinámicas evaluadas de modo crítico. A pesar de haber sido muy valiosas, muchas terapias psicodinámicas son cuestionables desde un punto de vista científico. Freud basó principalmente sus observaciones en pequeñas muestras de personas acudadas, inteligentes y triunfadoras, lo cual hace que su validez externa sea dudosa (véase el Capítulo 2). Sus sesiones clínicas no eran observadas por otros, ni llevadas a cabo con una base sistemática que permitiera que otras personas pudieran examinarlas y replicarlas, como tendría que ser el caso en investigaciones con un control riguroso. Además, los pacientes de Freud recuperaban recuerdos que se remontaban a un pasado distante y, como vimos en el Capítulo 6, muchos recuerdos tempranos, especialmente los evocados mediante sugerencias, tienen una validez cuestionable.

Las terapias psicodinámicas se basan principalmente en el *insight*. Las películas de Hollywood como, por ejemplo, la de 1999 *Una terapia peligrosa*, refuerzan la impresión de que esta toma de conciencia —especialmente sobre el origen de los problemas personales en la infancia— siempre es un ingrediente decisivo en el cambio psicoterapéutico. No obstante, algunas investigaciones demuestran que la comprensión de la propia memoria emocional, independientemente de lo profunda y gratificante que sea, no es necesaria para aliviar el malestar psicológico (Weiss, Weiss, Han, et al., 1995). Puesto que, para mejorar, los pacientes necesitan sobre todo adoptar conductas nuevas y más adaptativas en la vida cotidiana (Wachtel, 1997).

Algunos conceptos psicodinámicos, incluyendo las interpretaciones terapéuticas de Freud, son difíciles de falsar (véase el Capítulo 12). ¿Cómo se puede demostrar que el sueño de una persona sobre su padre mirándole con el ceño fruncido, por ejemplo, indica recuerdos reprimidos de abusos en la infancia, como podría inferir algún terapeuta? Un cliente podría



La terapia interpersonal pretende resolver problemas y conflictos interpersonales y enseñar habilidades sociales.

DESCARTAR LAS HIPÓTESIS ALTERNATIVAS

¿Han quedado descartadas todas las explicaciones alternativas sobre el descubrimiento en cuestión?

FALSABILIDAD

¿Se puede refutar la afirmación?

REPLICABILIDAD

¿Se pueden repetir los resultados en otros estudios?

GLOSARIO

Terapia interpersonal

Tratamiento que refuerza las habilidades sociales y se centra en problemas interpersonales, conflictos y transiciones vitales.

Psicoterapia humanista

Terapia que hace hincapié tanto en el desarrollo del potencial humano como en la creencia de que la naturaleza humana es básicamente positiva.

GLOSARIO

Asociación libre

Técnica en que los pacientes se expresan sin censura de ningún tipo.

Resistencia

Intentos para evitar enfrentarse a la ansiedad relacionada con la revelación de pensamientos, emociones e impulsos anteriormente reprimidos.

Transferencia

Proyección de sentimientos y expectativas intensos y poco realistas del pasado sobre el/la terapeuta.

Reelaboración

Reconocer y resolver problemas, conflictos y respuestas de afrontamiento ineficaces en la vida cotidiana.

responder: “¡Ayá, eso es!”, pero su reacción de aparente comprensión del problema podría reflejar transferencia o un intento de complacer al terapeuta. Si el paciente mejora, el terapeuta podría concluir que la interpretación es acertada, pero también podría deberse a una coincidencia temporal (Grunbaum, 1984). No tener en cuenta hipótesis alternativas puede llevar tanto al terapeuta como al paciente a atribuir erróneamente el progreso al *insight* y a la interpretación de los símbolos, cuando podría haber otros factores responsables (Meyer, 1981). Dejando a un lado las críticas planteadas, las investigaciones indican que breves versiones de terapia psicodinámica son mejores que la ausencia de tratamiento, por lo menos para algunos problemas (Leichsenring, Rabung & Liebong, 2004).

Psicoterapia humanista: desarrollar el potencial. La **psicoterapia humanista** proviene lógicamente de la perspectiva humanista (Capítulo 12). A diferencia de las terapias psicodinámicas, las terapias con este enfoque hacen hincapié en el desarrollo del potencial humano y en la creencia de que la naturaleza humana es básicamente positiva (Maslow, 1954; Rogers, 1961; Shlien & Levant, 1984).

Los terapeutas humanistas trabajan para ayudar a superar la sensación de alienación tan frecuente en nuestra cultura, a desarrollar la conciencia sensorial y emocional y a expresar la creatividad, con el fin de que las personas logren ser cariñosas, responsables y auténticas. Los psicoterapeutas humanistas enfatizan la importancia de asumir la responsabilidad de las decisiones, no atribuyendo los problemas al pasado, y vivir plenamente el presente.

Aunque tienen en común con los terapeutas psicoanalíticos la importancia otorgada al *insight*, los humanistas rechazan sus técnicas interpretativas e intentan comprender el mundo interior de los pacientes a través de la empatía y la intuición. Desde esta perspectiva, se centran en fenómenos subjetivos (pensamientos, sentimientos) que viven los clientes en el presente.

Terapia centrada en la persona: conseguir la aceptación. Nadie ejemplifica mejor la práctica de la terapia humanista que Carl Rogers (véase el Capítulo 12). Su terapia es no directiva porque los terapeutas no definen ni diagnostican los problemas de los pacientes ni intentan llegar al origen de sus dificultades. Su enfoque se denomina *terapia centrada en la persona* porque los terapeutas no indican a los pacientes cómo resolver sus problemas y los pacientes pueden utilizar la hora de terapia como ellos quieran. Los terapeutas presuponen que los pacientes revelarán pautas emocionales relevantes al desarrollarse el diálogo entre ambos (Rogers, 1942; véase la **Tabla 14.3**). Para garantizar un resultado positivo, los terapeutas deben cumplir tres condiciones:

- (1) Deben ser personas realistas, sinceras, que revelen sus propias reacciones frente a lo que les comuniquen los pacientes.
- (2) Deben expresar un respeto positivo incondicional; es decir, una aceptación sin crítica de todos los sentimientos que manifiestan los pacientes.
- (3) Tienen que relacionarse con los pacientes con empatía.

Allograr mayor conciencia y mejor aceptación de sí mismas, las personas conseguirán pensar de un modo más realista, serán más tolerantes con los demás y adoptarán conductas más adaptativas (Rogers, 1961).

Terapias humanistas evaluadas de modo crítico. Los conceptos básicos de la terapia humanista, tales como el significado y la autoactualización, son difíciles de evaluar y falsar; por ejemplo, ¿exactamente en qué momento se puede decir que una persona es consciente de sí misma y sincera?



De acuerdo con Carl Rogers, cuando los niños reciben un aprecio incondicional positivo por parte de sus padres y madres, desarrollarán autoestima incondicional, lo cual facilitará la autoactualización.

Tabla 14.3 Simulación de una conversación entre el “cliente” y la terapeuta informática Eliza. Algunos investigadores han diseñado programas informáticos que intentan simular la terapia centrada en la persona de Rogers. A continuación, mostramos un extracto de una conversación entre una paciente y la terapeuta informática Eliza, diseñada por el científico informático Joseph Weizenbaum. ¿Sería Eliza una buena terapeuta?

Cliente: Los hombres son todos iguales.	Eliza: ¿EN QUÉ MANERA?
Cliente: Siempre nos fastidian por una cosa u otra.	Eliza: ¿PUEDE PONER UN EJEMPLO CONCRETO?
Cliente: Sí, mi novio me ha hecho venir.	Eliza: ¿SU NOVIO LE HA HECHO VENIR?
Cliente: Dice que estoy casi siempre deprimida.	Eliza: SIENTO OIR QUE ESTÁ DEPRIMIDA.
Cliente: Es verdad, estoy triste.	Eliza: ¿CREE QUE VENIR AQUÍ LE AYUDARÁ A NO ESTAR TRISTE?
Cliente: Necesito ayuda, eso parece claro.	Eliza: ¿QUÉ SIGNIFICARÍA PARA USTED RECIBIR AYUDA?
Cliente: Puede que aprendiera a llevarme bien con mi madre.	Eliza: ¿CUÉNTEME MÁS SOBRE SU FAMILIA.
Cliente: Mi madre me cuida.	Eliza: ¿QUIÉN MÁS DE SU FAMILIA LE CUIDA?
Cliente: Mi padre.	Eliza: ¿SU PADRE?
Cliente: Usted es en cierto modo como mi padre.	Eliza: ¿QUÉ SIMILITUDES VE?

(Fuente: <http://15.nyu.edu/~mm64/x52.9265/january1966.htm/>; Weizenbaum)



Muy a su favor, Rogers especificó tres condiciones fundamentales y falsables para una psicoterapia eficaz. Las investigaciones han mostrado que estaba en lo cierto por lo que se refiere a la relación terapéutica. La creación de una alianza fuerte resulta muy útil para el éxito final de la terapia (Horvath & Bedi, 2002; Wampold, 2001). Sin embargo, Rogers se equivocaba en una consideración importante: las tres condiciones básicas que indicó no son la única manera de conseguir una mejora (Bohart, 2003; Norcross & Beutler, 1997). De hecho, posteriormente en este capítulo veremos que algunas personas pueden obtener beneficios considerables de los programas de autoayuda que ni tan siquiera implican a terapeutas, de modo que la relación terapéutica no es necesaria para la mejora (Gould & Clum, 1993).

La terapia centrada en la persona es más eficaz que la ausencia de tratamiento (Greenberg, Elliott & Lietaer, 1994) y es especialmente popular en centros de asesoramiento universitario (Chamney & Schultz, 1983). No obstante, los datos relativos a la eficacia de la terapia centrada en la persona no son coherentes: algunos sugieren que puede no ayudar mucho más que un tratamiento placebo, consistente en simples conversaciones de la misma duración con alguien que no sea profesional (Smith, Glass & Miller, 1980); en cambio, otros estudios proponen que las terapias centradas en la persona y los enfoques experienciales generan beneficios considerables en muchos pacientes y son comparables en eficacia con las terapias cognitivo-conductuales que se abordarán más adelante (Elliott, 2002; Greenberg & Watson, 1998).

ENFOQUES CONDUCTUALES: MODIFICACIÓN DE CONDUCTAS DISFUNCIONALES

En profundo contraste con los psicoterapeutas que mantienen que el *insight* o la toma de conciencia es la clave para la mejora, los **terapeutas conductuales** se denominan así porque se centran en conductas concretas,

FALSABILIDAD

¿Se puede refutar la afirmación?



Un/a terapeuta de conducta que llevase a cabo la evaluación de un hábito inadecuado como, por ejemplo, comerse las uñas, intentaría determinar las situaciones en que se produce, al igual que las consecuencias para la persona (por ejemplo, la distracción a corto plazo de la ansiedad).



Desensibilización *in vivo*: los clientes abordan y manejan gradualmente cualquier miedo, como lo hacen estos pasajeros mientras superan su miedo a volar.

CLOSARIO

Terapeuta de conducta

Terapeuta que se centra en determinadas conductas inadaptativas y en las variables actuales que mantienen los pensamientos, sentimientos y comportamientos problemáticos.

Desensibilización sistemática

Se enseña a los pacientes a relajarse a medida que se exponen gradualmente a lo que temen.

Terapia de exposición

Terapia que enfrenta a los pacientes con lo que temen, con el objetivo de reducir el miedo.

que lleven a los pacientes a buscar terapia, y en las variables actuales que mantienen los pensamientos, sentimientos y conductas problemáticas (Antony & Roemer, 2003). **¡OBJETIVO DE APRENDIZAJE 14.5!**

Los resultados de la terapia de conducta se evalúan sobre la base de la existencia de una mejora que se pueda evaluar en las conductas objetivo, tales como los arrebatos de ira, las compulsiones o las amenazas de suicidio (véase el Capítulo 13). Los modificadores de conducta presuponen que el cambio del comportamiento, tanto en la clínica, como en la familia y el colegio, proviene de la acción de principios básicos de aprendizaje descubiertos en el laboratorio, concretamente el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el aprendizaje por observación (véase el Capítulo 5). Los modificadores de conducta utilizan gran variedad de técnicas de *evaluación conductual* para localizar con precisión las causas ambientales del problema de la persona, establecer objetivos concretos y medibles de tratamiento y diseñar procedimientos terapéuticos. Se hace hincapié en las conductas actuales y no en las pasadas y en las conductas concretas en vez de en los rasgos generales. Una vez que los terapeutas han identificado el problema, aplican distintos enfoques de tratamiento.

A continuación, examinaremos los elementos básicos de distintos enfoques conductuales.

Terapias de desensibilización sistemática y de exposición: principios de aprendizaje en acción. La desensibilización sistemática es un ejemplo excelente de cómo los modificadores de conducta aplican los principios de aprendizaje al tratamiento. El psiquiatra Joseph Wolpe desarrolló la desensibilización sistemática en 1958 para ayudar a los pacientes a superar las fobias. Esta terapia expone gradualmente a los pacientes a situaciones que generan ansiedad mediante el uso de escenas imaginarias. Fue la primera **terapia de exposición**, expresión que hace referencia a un tipo de procedimiento que enfrenta a los pacientes con su temor, con el objetivo de reducir ese miedo.

Cómo funciona la desensibilización: paso a paso. La desensibilización sistemática se basa en el principio de la *inhibición recíproca*, que sostiene que los pacientes no pueden experimentar dos respuestas contrapuestas simultáneamente. No se puede experimentar ansiedad y relajación al mismo tiempo. Un/a terapeuta empieza la desensibilización sistemática enseñando a los pacientes a relajarse, para lo cual podrán imaginarse escenarios agradables, centrarse en la respiración y mantener un ritmo de respiración pausado, a la vez que tensar y relajar los músculos alternativamente (Bernstein, Borkovec & Hazlett-Stevens, 2000; Jacobson, 1938). A continuación, los terapeutas ayudan a los clientes a elaborar una *jerarquía de ansiedad*: una “escala” de situaciones o escenas, que van de menos a más en cuanto a su capacidad para generar ansiedad. La **Tabla 14.4** presenta una jerarquía utilizada para el tratamiento de una persona con fobia a las alturas. La desensibilización se desarrolla paulatinamente. Los terapeutas piden a los clientes que se relajen e imaginen la primera escena de la escala. El tratamiento sólo progresa hacia la siguiente escena, que genera más ansiedad, cuando los pacientes afirman sentirse relajados al imaginar la primera escena.

Si los pacientes experimentan ansiedad en cualquier momento, los terapeutas interrumpen el proceso y les ayudan a relajarse otra vez. A continuación, los terapeutas reintroducen la escena precedente a la que provocó ansiedad. Este proceso sigue hasta que los pacientes pueden afrontar mentalmente las escenas más aterradoras sin experimentar ansiedad. La desensibilización también puede producirse *in vivo*; es decir, en la “vida real”, lo cual implica una exposición directa a lo que los

pacientes temen, en lugar de imaginar la situación que genera ansiedad. La desensibilización sistemática es eficaz en gran variedad de fobias y también puede ayudar a evitar la ansiedad que contribuye al insomnio, a trastornos del habla, ataques de asma, pesadillas y, en algunos casos, problemas con la bebida (Spiegler & Cuvremont, 2003).

Inundación. Las terapias de inundación presentan un claro contraste con la desensibilización sistemática.

Los terapeutas que aplican inundación pasan directamente a la cima de la jerarquía de ansiedad y exponen a los pacientes a las imágenes del estímulo que más temen durante periodos continuados, que van desde 10 minutos hasta varias horas. Estas terapias se basan en la idea de que los temores se mantienen por evitación. Por ejemplo, dado que las personas fóbicas a las alturas evitan los lugares elevados, nunca aprenderán que las consecuencias desastrosas que imaginan no se producirán. Paradójicamente, evitar la situación temida solo sirve para fortalecer sus temores mediante el refuerzo negativo (véase el Capítulo 5). Estos terapeutas provocan ansiedad reiteradamente con ausencia de consecuencias negativas reales, de modo que facilitan la desaparición del miedo.

Al igual que la desensibilización sistemática, la inundación también puede llevarse a cabo *in vivo* (Chambless & Goldstein, 1980). Durante la primera sesión, los terapeutas que van a aplicar la inundación *in vivo* suelen acompañar, por ejemplo, a la persona fóbica a las alturas a la cima de un rascacielos, para que contemple el panorama desde lo alto durante una hora o el tiempo que haga falta hasta que la ansiedad desaparezca. Por sorprendente que parezca, muchas personas con fobias concretas, que han asistido regularmente a terapia psicodinámica durante décadas sin ninguna mejora, han logrado superar sus miedos después de una única sesión (Antony & Barlow, 2002; Williams, Turner & Peer, 1985). Los terapeutas han utilizado la inundación con éxito en el tratamiento de muchos problemas de ansiedad, tales como el trastorno obsesivo-compulsivo, la fobia social, el síndrome de estrés posttraumático y la agorafobia.

Un componente esencial de la inundación es la *prevención de la respuesta*, es decir, impedir que los pacientes lleven a cabo sus conductas típicas de evitación (Spiegler, 1983). Así, los terapeutas de personas cuya compulsión consiste en lavarse las manos podrían exponerles a la suciedad e impedirles que se lavaran (Franklin & Foa, 2002).

Exposición: técnicas marginales y de moda. Tradicionalmente, los modificadores de conducta han tenido la precaución de no inflar las afirmaciones sobre la eficacia de la terapia de exposición y de no presentarla al público como un “curatodo”. Esta postura cautelosa contrasta con la de partidarios recientes de técnicas terapéuticas marginales, que han hecho afirmaciones extraordinarias sin contar con el apoyo de evidencias igualmente llamativas.

Roger Callahan, que desarrolló la terapia de campo del pensamiento, afirmaba que este procedimiento podía curar fobias en tan sólo 5 minutos y no exclusivamente en seres humanos, sino también en caballos y perros (Callahan, 1995, 2001). En esta terapia, los pacientes piensan en un problema angustioso a la vez que los terapeutas golpean ligeramente determinados puntos de su cuerpo en un orden predeterminado. Al mismo tiempo, los pacientes tararean partes de una canción muy conocida, mueven los ojos en círculo o cuentan (se desconoce cómo logran los terapeutas que los animales lleven a cabo estas proezas). Estos procedimientos, claramente extraños, supuestamente eliminan los “bloques energéticos” invisibles relacionados con un temor determinado. No existen evidencias de investigaciones sobre la propuesta extraordinaria de que esta técnica elimine la ansiedad

Tabla 14.4. Jerarquía de la desensibilización sistemática de una persona con miedo a las alturas

- (1) Empieza a subir la escalera de mano apoyada contra la pared de su casa. Piensa trabajar en el tejado.
- (2) Conduce con la familia por una autopista de la costa de California con un acantilado escarpado a su derecha.
- (3) Está dentro de un avión en el momento del despegue.
- (4) Está dentro de un avión, a una altura de 30.000 pies, atravesando una zona de turbulencias.
- (5) Está en un acantilado de la costa de California, a aproximadamente 2 pies del borde (lo cual se considera como una distancia segura) y mirando hacia abajo.
- (6) Sube a un depósito de agua para ayudar a pintar, a unos 10 pies del suelo.
- (7) Está en una pasarela alrededor del depósito de agua, pintándolo.



(Fuente: Rimm & Masters, 1979).

AFIRMACIONES EXTRAORDINARIAS

¿Las evidencias son tan convincentes como la afirmación?

FALSABILIDAD

¿Se puede refutar la afirmación?



Los procedimientos de la terapia en grupo son eficientes, ahorran tiempo y son menos costosos que muchos métodos de tratamiento individual.

del éxito del tratamiento (Linehan, Heard & Armstrong, 1993; Norcross & Goldfried, 2005). Cuantos más ingredientes se incorporan a la mezcla, más difícil resulta aislar los enfoques integradores y evaluar las hipótesis alternativas respecto de la eficacia de su contribución.

TERAPIAS DE GRUPO Y TERAPIA SISTÉMICA DE FAMILIA: CUANTOS MÁS, MEJOR

Desde principios de la década de 1920, cuando el psiquiatra vienés Jacob Moreno introdujo el concepto de **terapia en grupo**, los profesionales aprecian el valor del tratamiento simultáneo a más de una persona. Las terapias familiares y de grupo ocupan actualmente una posición dominante entre los métodos psicoterapéuticos.

Terapias de grupo. Las terapias de grupo son eficaces, ahorran tiempo, son menos costosas que los métodos de tratamiento individual y abarcan las principales escuelas de psicoterapia (Levine, 1979). En un entorno seguro de grupo, los participantes pueden aportar y recibir apoyo, intercambiar información e interactuar, modelar conductas eficaces y practicar nuevas habilidades, y reconocer que los problemas de adaptación también afectan a muchas otras personas (Yalom, 1985). **OBJETIVO DE APRENDIZAJE 14.6**

La terapia de grupo llega a clientes de todas las etnias, edades y niveles económicos, incluyendo personas que están ciegas, divorciadas, con problemas matrimoniales, que luchan por su identidad de género y que sufren alcoholismo y trastornos alimentarios (Dies, 2003; Lynn & Frauman, 1985). La tendencia más reciente son los grupos de autoayuda que se crean por Internet, especialmente para quienes sufren enfermedades y problemas que pueden resultar vergonzosos de compartir en reuniones cara a cara (Davison, Renniebaker & Dickerson, 2000).

Las investigaciones sugieren que muchos procedimientos de grupo son efectivos para gran variedad de problemas y casi igual de útiles que los métodos de tratamiento individual (Davis, Olmstead, Rockert, et al., 1997; Fuhrman & Burlingame, 1994).

Alcohólicos Anónimos. Los grupos de autoayuda están formados por integrantes en igualdad de condiciones que comparten un problema similar. Durante las últimas décadas, estos grupos, de los cuales **Alcohólicos Anónimos (AA)** es el más conocido, han pasado a ser muy populares. AA se fundó en 1935 y, actualmente, es la mayor organización para el tratamiento de personas alcohólicas, con más de 1,7 millones de miembros en todo el mundo (Humphreys, 2000). En las reuniones de AA, los participantes comparten sus dificultades con el alcohol y los nuevos miembros reciben el “apadrinamiento” o la orientación de miembros más antiguos, que suelen haber conseguido años de sobriedad. Los miembros de AA animan a los nuevos participantes a asistir a las reuniones diarias durante los primeros tres meses y, posteriormente, a reuniones regulares.

Los AA han inspirado la creación de Al-Anon y Alateen, grupos que ayudan a los cónyuges e hijos de las personas alcohólicas a afrontar el abuso de alcohol. Sobre la base del modelo de los AA, se han creado grupos para personas drogadictas (Narcóticos Anónimos), jugadoras, comedoras

compulsivas, “adictas a las compras” (compradores compulsivos), adictas al sexo y con problemas para controlar otros tipos de impulsos.

Aunque AA parece ser de utilidad para algunas personas, muchas de las afirmaciones relacionadas con su éxito no están respaldadas por los datos. A las personas que asisten a las reuniones de AA les va tan bien, aunque no mejor, que a quienes reciben otros tratamientos, incluyendo terapia cognitivo conductual (Grandsma, Maulsby & Welsh, 1980; Ferrí, Amoto & Davoli, 2006; Project MATCH Research Group, 1997; Walsh, et al., 1991). Además, las personas que participan en estudios de AA pueden ser atípicas en algunos aspectos, ya que suelen ser los participantes más activos y han recibido ayuda profesional anteriormente. Asimismo, hasta un 68% de los participantes abandona durante los tres meses posteriores a su incorporación a AA (Emrick, 1987). Son necesarias más investigaciones para aclarar a qué personas alcohólicas sirve mejor este grupo de autoayuda (Mackillop, et al., 2003).

¿QUÉ OPINA?

Le interesan los tratamientos contra adicciones y ha leído sobre la eficacia de AA y otros programas de terapia de grupo, pero le preocupa que muchos estudios pasen por alto el gran porcentaje de participantes que abandona al inicio del proceso. ¿Cómo habría que diseñar un estudio longitudinal (véase el Capítulo 8) para obtener una idea más precisa sobre la tasa de éxito de AA?

Consumo de alcohol controlado y prevención de recaídas. Contrariamente a la creencia de AA de que las personas no pueden controlar la adicción a la bebida y deben mantener una abstinencia total de alcohol, el enfoque conductual supone que el abuso de alcohol es una conducta aprendida que los terapeutas pueden ayudar a modificar y controlar sin la abstinencia total (Marlatt, 1983). Existen bastantes evidencias de que los programas de tratamiento que animan a las personas alcohólicas a establecer límites, a beber con moderación y reforzar su progreso son eficaces para muchos pacientes (Mackillop, et al., 2003; Miller & Hester, 1980; Sobell & Sobell, 1973, 1976). Los programas que enseñan habilidades para afrontar circunstancias vitales estresantes y tolerar emociones negativas (Montí, Gulliver & Myers, 1994) son por lo menos tan efectivos como los programas de AA (Project MATCH Research Group, 1997). Las economías de fichas (véase el Capítulo 5) también resultan efectivas en la represión del uso de sustancias durante la rehabilitación de las adicciones (Glosser, 1983).

Terapias familiares: tratamiento de un sistema familiar disfuncional. Los terapeutas de familia ven el origen de la mayoría de los problemas psicológicos en un sistema familiar disfuncional. Para ellos, el tratamiento debe centrarse en el contexto familiar, del cual surgen los conflictos. En la **terapia familiar**, el “paciente” (el objetivo del tratamiento) no es una persona, sino la propia unidad familiar.

Las **intervenciones estratégicas en familia** se diseñan para eliminar barreras para la comunicación efectiva. **OBJETIVO DE APRENDIZAJE 14.7** De acuerdo con los terapeutas estratégicos, las familias suelen tener un miembro a quien atribuyen toda la culpa del problema, incluso si el origen



Al-Anon es una organización de grupo de apoyo diseñada para ayudar a las familias de quienes tienen problemas con el alcohol.

GLOSARIO

Terapia en grupo

Terapia que trata a más de una persona a la vez.

Alcohólicos Anónimos

Programa de autoayuda que ofrece apoyo social para conseguir la sobriedad.

GLOSARIO

Terapia de familia

Terapia en que el objetivo del tratamiento es la familia como unidad en lugar de una persona.

Figura 14.2 ¿Dónde está el problema? De acuerdo con el método de la terapia estratégica de familia, las familias suelen elegir a un miembro como "el problema" cuando, en realidad, las dificultades provienen de las pautas de interacción de todos los miembros de la familia.



real de las dificultades radica en las maneras disfuncionales en que los miembros se comunican, resuelven problemas y se relacionan entre sí (véase la **Figura 14.2**; Haley, 1976; Satir, 1964; Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974). Los terapeutas estratégicos, en primer lugar, identifican las pautas de comunicación poco saludables de la familia y sus enfoques infructuosos para la solución de problemas. A continuación, invitan a los miembros a llevar a cabo una serie de tareas previstas, denominadas *directivas*, que modifican la manera de resolver problemas e interactuar de los miembros de la familia.

En la *terapia estructural de familia*, los terapeutas se sumergen en las actividades cotidianas de la familia para realizar cambios en la disposición y organización de sus interacciones (Minuchin, 1974). Salvatore Minuchin y sus colegas, por ejemplo, trataron con éxito a Laura, una chica de 14 años que conseguía la atención de su padre y de su madre negándose a comer. Finalmente, Laura pudo expresar con palabras el mensaje que su rechazo por la comida transmitía indirectamente y dejó de negarse a comer para conseguir afecto (Aporite & Hoffman, 1973). Las investigaciones indican que las terapias familiares son más eficaces que la ausencia de tratamiento (Hazeltine, Cooper & Borduin, 1987; Vetere, 2001) y por lo menos tan eficaces como la terapia individual (Foster & Gurman, 1985; Shadish, 1995).



En la terapia estructural de familia, los terapeutas se sumergen en las actividades cotidianas de la familia y después de observar sus rutinas, recomiendan cambios en la manera de disponer y organizar las interacciones de la familia.

CUESTIONARIO

- 1 Una crítica importante a la terapia psicoanalítica es que muchos de sus conceptos fundamentales no son falsables. **VERDADERO** **FALSO**
- 2 La reflexión es un componente fundamental en la terapia de Rogers. **VERDADERO** **FALSO**
- 3 De acuerdo con Albert Ellis, los sentimientos generan creencias irracionales. **VERDADERO** **FALSO**
- 4 Las psicoterapias de grupo suelen ser tan eficaces como las psicoterapias individuales. **VERDADERO** **FALSO**
- 5 Las terapias familiares se centran en la persona de la familia con más problemas. **VERDADERO** **FALSO**

F (5) ; V (4) ; F (3) ; V (2) ; V (1) : sespuesdres

¿Le gustaría experimentar en qué consiste una terapia? Descríbalo en el video titulado *Terapeuta familiar* en www.mypsychlab.com



¿Es efectiva la psicoterapia?

En el libro de Lewis Carroll *Alicia en el país de las maravillas*, el pájaro dodo proclamó después de una carrera "Todos han ganado y todos deben ser premiados". Setenta años después, Saul Rosenzweig (1936) dio el mismo veredicto al considerar la eficacia de distintas psicoterapias; es decir, todas parecen ser útiles y son equivalentes en términos de resultados generales (véase la **Figura 14.3**).

EL VEREDICTO DEL PÁJARO DODO: ¿VIVO O EXTINGUIDO?

Actualmente, algunos investigadores han llegado a la conclusión de que el "veredicto del pájaro dodo" aún es válido. Algunos análisis sugieren que una amplia variedad de psicoterapias son casi equivalentes por lo que refiere a los efectos (Garske & Anderson, 2003; Grissom, 1996; Wampold, et al., 1997, 2002). Los estudios con terapeutas expertos que han empleado métodos conductuales, psicodinámicos y centrados en la persona han revelado que todos ayudan más a los pacientes que la ausencia de tratamiento, pero no difieren entre ellos en sus efectos (Diloreto, 1971; Sloane, et al., 1975).

¡OBJETIVO DE APRENDIZAJE 14.6!

Otros investigadores no están de acuerdo y consideran que el veredicto del pájaro dodo, al igual que el pájaro real, se ha extinguido. Aunque la mayoría de las formas de psicoterapia funcionan bien y muchas son casi equivalentes en sus efectos, existen excepciones notables (Beutler, 2002; Hunsley & DiGiulio, 2002). Por ejemplo, los tratamientos conductuales y cognitivo-conductuales son claramente más eficaces que otros tratamientos para niños y adolescentes con problemas de conducta (Garske & Anderson, 2003; Weisz, et al., 1995) y, habitualmente, funcionan mejor que otras terapias en el tratamiento de problemas de ansiedad, tales como fobias, trastorno de pánico y trastorno obsesivo compulsivo (Addis, et al., 2004; Chambless & Ollendick, 2001; Hunsley & DiGiulio, 2002).

Asimismo, existen datos de que algunas psicoterapias pueden causar un empeoramiento (Lilientfeld, 2007), lo cual cuestionaría el veredicto del pájaro dodo. Aunque se podría suponer que hacer algo siempre es mejor que no hacer nada para combatir el sufrimiento psicológico, las investigaciones sugieren lo contrario. Una proporción no insignificante de pacientes, quizá entre de un 5 y un 10%, empeora después de la psicoterapia y algunos lo hacen *por causa de ella* (Lilientfeld, 2007; Rhule, 2005; Strupp, Hadley & Gomez-Schwartz, 1978). Por ejemplo, varios investigadores han descubierto que el desahogo psicológico o *débriefing* en situaciones de crisis a veces aumenta el riesgo de padecer síntomas de estrés posttraumático en personas expuestas a un trauma. Lo mismo sucede en determinadas terapias de duelo, especialmente en personas que tienen reacciones de duelo que no cabría calificar como patológicas ante la muerte de seres queridos (Neimeyer, 2000). La **Tabla 14.6** incluye otras terapias potencialmente perjudiciales.

¿Conclusión final? Muchas terapias son eficaces y consiguen buenos resultados probablemente porque comparten características, tales como la escucha empática y la aportación de nuevas maneras de pensar y comportarse. Sin embargo, existen excepciones claras al veredicto del pájaro dodo. Además, dado que algunas terapias parecen perjudiciales, no es aconsejable elegir la terapia al azar en la guía telefónica.

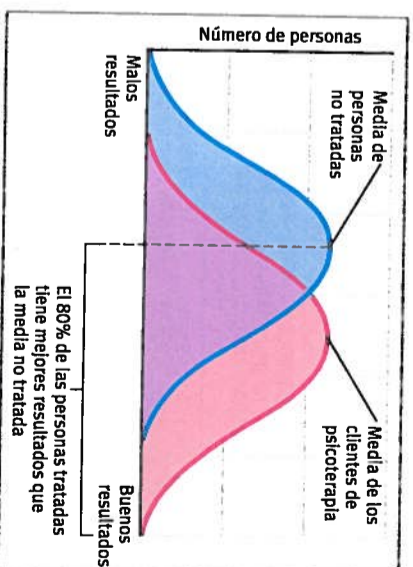


Figura 14.3 La eficacia de la psicoterapia. Este gráfico muestra dos distribuciones normales (véase el Capítulo 2) derivadas de casi 500 estudios de resultados de psicoterapias. La distribución de la izquierda muestra personas que no han recibido tratamiento y la de la derecha, personas que lo han recibido. Como puede verse, entre gran variedad de tratamientos y muestras, el 80% de las personas que recibe tratamiento psicológico tiene mejores resultados que una persona media no tratada (Fuente: Smith, Glass, y Miller, 1980).

GLOSARIO

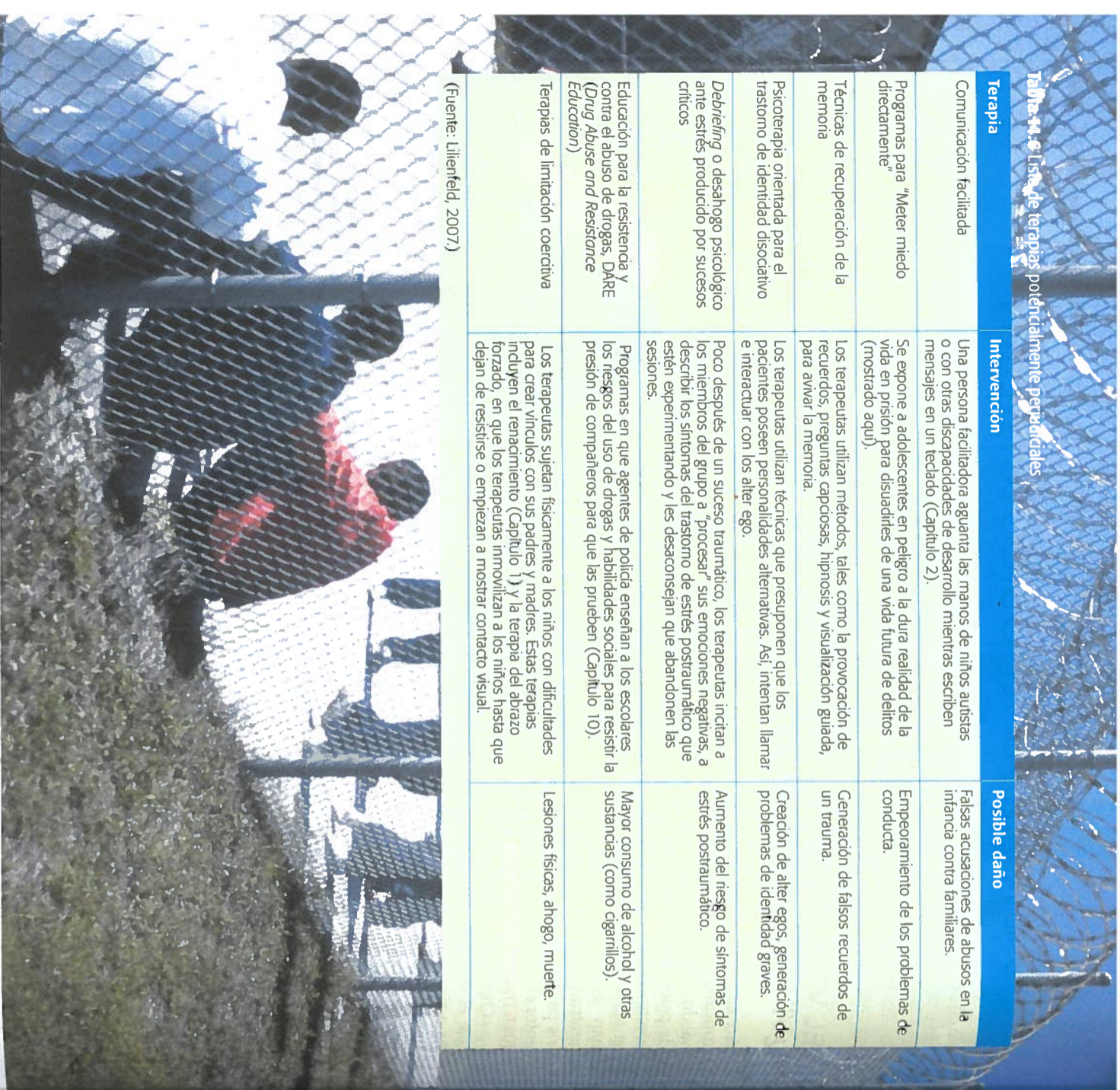
Terapias con apoyo empírico

Tratamientos para determinados trastornos respaldados con evidencias científicas de calidad.

Tabla 14.6 Lista de terapias potencialmente perjudiciales

Terapia	Intervención	Posible daño
Comunicación facilitada	Una persona facilitadora aguantando las manos de niños autistas o con otras discapacidades de desarrollo mientras escriben mensajes en un teclado (Capítulo 2).	Falsas acusaciones de abusos en la infancia contra familiares.
Programas para "Meter miedo directamente"	Se expone a adolescentes en peligro a la dura realidad de la vida en prisión para disuadirlos de una vida futura de delitos (mostrado aquí).	Empeoramiento de los problemas de conducta.
Técnicas de recuperación de la memoria	Los terapeutas utilizan métodos, tales como la provocación de recuerdos, preguntas capciosas, hipnosis y visualización guiada, para avivar la memoria.	Generación de falsos recuerdos de un trauma.
Psicoterapia orientada para el trastorno de identidad disociativo	Los terapeutas utilizan técnicas que presuponen que los pacientes poseen personalidades alienígenas. Así, intentan llamar e interactuar con los alter ego.	Creación de alter egos, generación de problemas de identidad graves.
Debriefing o desahogo psicológico ante estrés producido por sucesos críticos	Poco después de un suceso traumático, los terapeutas incitan a los miembros del grupo a "procesar" sus emociones negativas, a describir los síntomas del trastorno de estrés posttraumático que estén experimentando y les desaconsejan que abandonen las sesiones.	Aumento del riesgo de síntomas de estrés posttraumático.
Educación para la resistencia y contra el abuso de drogas, DARE (Drug Abuse and Resistance Education)	Programas en que agentes de policía enseñan a los escolares los riesgos del uso de drogas y habilidades sociales para resistir la presión de compañeros para que las prueben (Capítulo 10).	Mayor consumo de alcohol y otras sustancias (como cigarrillos).
Terapias de limitación coercitiva	Los terapeutas sujetan físicamente a los niños con dificultades para crear vínculos con sus padres y madres. Estas terapias incluyen el renacimiento (Capítulo 1) y la terapia del abrazo forzado, en que los terapeutas inmovilizan a los niños hasta que dejan de resistirse o empujezan a mostrar contacto visual.	Lesiones físicas, ahogo, muerte.

(Fuente: Lilienfeld, 2007)



TRATAMIENTOS VALIDADOS EMPÍRICAMENTE

Con 500 o más terapias en el mercado, ¿cómo pueden los "consumidores" de salud mental saber cuáles funcionan mejor? Durante la última década, los investigadores respondieron a esta pregunta proponiendo listados de **terapias con apoyo empírico**: tratamientos para determinados trastornos que están respaldados por evidencias científicas de calidad (Chambless, et al., 1996).

La terapia conductual y la cognitivo-conductual han surgido como tratamientos con apoyo empírico para la depresión, trastornos de ansiedad, obesidad, problemas de relaciones interpersonales, disfunción sexual y problemas de alcohol. La terapia interpersonal tiene un apoyo considerable para el tratamiento de la depresión y la bulimia. No obstante, no hay que concluir que un tratamiento que no esté en la lista de terapias con apoyo empírico no sea efectivo. Que un tratamiento no se considere un terapia con apoyo empírico puede significar simplemente que los investigadores aún no han llevado a cabo investigaciones para demostrar su eficacia (Arkowitz & Lilienfeld, 2006).

El movimiento para desarrollar listas de terapias con apoyo empírico es controvertido. Los críticos de este movimiento consideran que los trabajos de investigación no están tan suficientemente bien desarrollados como para concluir que determinados tratamientos sean claramente mejores que otros para determinados trastornos (Levant, 2004; Westen, Novotny & Thompson-Brenner, 2004). Por ejemplo, pueden existir diferencias culturales o individuales en la eficacia de determinadas terapias ante las cuales es posible que las investigaciones no sean sensibles. Como respuesta, sus defensores argumentan que la mejor evidencia científica disponible tendría que informar inmediatamente a la práctica clínica. Dado que los datos actuales sugieren que al menos algunos tratamientos son mejores que otros para determinados trastornos, los profesionales tienen la obligación ética de basarse en terapias con apoyo empírico, a menos que exista un motivo de peso para no hacerlo (Chambless & Ollendick, 2001; Crits-Christoph, Wilson & Hollon, 2005; Hunsley & DiGiulio, 2002). Los autores de este texto creen que este último argumento es el más convincente. Naturalmente, es importante que los investigadores desarrollen investigaciones sobre cómo afectan las diferencias culturales e individuales a la eficacia de las terapias con apoyo empírico, pero si existen evidencias razonables de que determinados tratamientos son mejores que otros para ciertos trastornos, los terapeutas tendrían que guiarse por esos datos. En la **Tabla 14.7**, se enumeran y describen varios tratamientos respaldados por investigaciones.

Tabla 14.7 Terapias con apoyo empírico. Selección de terapias consideradas "con apoyo empírico" por el comité de la División 12 de la Asociación Estadounidense de Psicología.

Terapia y problema	Descripción de la terapia
Terapia conductual para la depresión	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener e incrementar las actividades diarias positivas. • Mejorar las habilidades de comunicación. • Aumentar las conductas asertivas. • Aumentar el refuerzo positivo de conductas no depresivas. • Reducir el estrés en la vida.
Terapia cognitivo-conductual para la depresión	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a los pacientes a identificar, re-evaluar y modificar pensamientos negativos relacionados con sentimientos depresivos. • Llevar a cabo experimentos entre sesiones para poner a prueba la veracidad de los pensamientos. • Controlar y aumentar las actividades diarias.
Terapia interpersonal para la depresión	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a los pacientes a identificar y resolver dificultades interpersonales relacionadas con la depresión.
Terapia cognitivo-conductual para la bulimia	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a los pacientes maneras de evitar los excesos en la comida y crear conductas alternativas. • Desarrollar un plan para obtener una pauta regular de comidas. • Reforzar habilidades para afrontar situaciones de alto riesgo de comer en exceso y purgarse. • Modificar actitudes hacia la comida y el propio aspecto físico.
Terapia cognitivo-conductual para trastorno de pánico	<ul style="list-style-type: none"> • Generar ataques de pánico durante las sesiones para ayudar a los clientes a percibir que no son tan "peligrosos", para que comprueben que, por ejemplo, no "enloquecerán", ni morirán. • Introducir la reeducación en la respiración—inhalizaciones profundas y lentas— para evitar la hiperventilación. • Control de la exposición a situaciones que desencadenen ataques de pánico.

(Fuente: Arkowitz & Lilienfeld, 2006.)

MITO: La mayoría de los psicoterapeutas utilizan terapias con apoyo empírico.

REALIDAD: Los datos de una encuesta sugieren que sólo una minoría de terapeutas utiliza terapias con apoyo empírico (Freiheit, We, Swan, et al., 2004). Por ejemplo, un sondeo entre profesionales que tratan pacientes con trastornos alimenticios (especialmente anorexia y bulimia) indicó que la mayoría no suele aplicar terapias cognitivo-conductuales o interpersonales, a pesar de ser las principales intervenciones, consideradas más útiles para estas condiciones (Pederson Mussell, et al., 2000).



Los buenos psicoterapeutas están al día sobre el estado de los trabajos de investigación, manteniéndose informados sobre qué terapias tienen o no un fundamento científico sólido.

Tabla 14.8 Medicamentos utilizados habitualmente para el tratamiento de trastornos psicológicos, mecanismos de acción y otros usos.

Medicamento	Ejemplos	Acción	Otros usos
Medicamentos contra la ansiedad	Benzodiazepinas: Diazepam (Valium), alprazolam (Xanax), clonazepam (Klonopin), lorazepam (Ativan)	Aumento de la eficacia de la afinidad del GABA con los receptores.	Uso con medicamentos antipsicóticos, tratamiento de efectos secundarios de medicamentos, desintoxicación alcohólica.
Buspirona (Buspar)		Estabiliza los niveles de serotonina.	Estados depresivos y de ansiedad; a veces, utilizado con antipsicóticos; agresión en personas con lesiones cerebrales y demencia.
Betabloqueantes:	Atenolol (Tenormin), propranolol (Inderal).	Bloqueo de los receptores de la noradrenalina que controlan la función cardíaca y muscular; reducción de la taquicardia; tensión muscular.	Control de la tensión sanguínea, regulación de pulsaciones.
Antidepresivos	Inhibidores de la monoamina oxidasa (MAO): Antidepresivos cíclicos: Amiripilina (Eflavil), imipramina (Tofranil), desipramina (Nopramine), nortriptilina (Pamelor)	Acción inhibitoria de las enzimas que metabolizan la noradrenalina y la serotonina; inhibición de dopamina.	Trastornos de pánico y otros trastornos de ansiedad, alivio del dolor.
Estabilizadores del estado de ánimo	Salas minerales: Medicamentos anticonvulsivos:	Carbonato de litio (Lithium). Carbamazepina (Tegretol), lamotrigina (Lamictal), ácido valproico (Depakote).	Reducción de noradrenalina, aumento de serotonina. Aumento de los niveles del neurotransmisor GABA, inhibición de la recaptación de noradrenalina (Tegretol).
Antipsicóticos	Antipsicóticos convencionales: Antagonistas de serotonina-dopamina (antipsicóticos típicos): Meclizidato (Ritalin, Concerta), antferamina (Adderall), demetildidato (Focalin). Atomoxetina (Strattera).	Clopromazina (Thorazine), haloperidol (Haldol). Clazapina (Clozaril), risperidona (Risperdal), olanzapina (Zyprexa), ziprasidone (Ceodon), quetiapina (Seroquel). Liberación de noradrenalina, dopamina, serotonina en las regiones frontales del cerebro, donde se regula la atención y la conducta.	Síndrome de Gilles de la Tourette (Haldol), trastorno bipolar con la excepción de Clozaril.

de los medicamentos actúan sobre varios sistemas de neurotransmisores. Además, no existe ninguna evidencia científica sobre el cuál es el nivel “óptimo” de serotonina, ni de ningún otro neurotransmisor, en el cerebro (Lacasse & Leo, 2005). Y, finalmente, muchos medicamentos, incluyendo los antidepresivos, pueden ejercer básicamente sus efectos afectando la sensibilidad de los receptores (véase el Capítulo 3) y no exactamente los niveles de los neurotransmisores.

Actualmente, los psicólogos suelen consultar con los psiquiatras para planificar el tratamiento y remiten a los pacientes a éstos y otros profesionales que pueden recetar medicamentos. Hasta hace poco tiempo, solamente los psiquiatras y otros pocos profesionales de la salud mental como, por ejemplo, los ayudantes técnicos sanitarios psiquiátricos titulados, podían recetar medicamentos. Sin embargo, a principios del año 1999, se otorgó permiso legal para recetar medicamentos a los psicólogos del territorio de Guam de EE.UU., seguidos de otros dos estados (Nuevo México en 2002 y Louisiana en 2004). Antes de recibir la autorización para recetar, estos psicólogos tienen que realizar un plan de estudios curriculares en psicología, anatomía y psicofarmacología (el estudio de medicaciones que afectan al funcionamiento psicológico). No obstante, esta corriente en aumento que pretende autorizar a los psicólogos a recetar medicamentos ha sido muy contestada, en parte porque muchos críticos acusan a los psicólogos de no tener suficientes conocimientos sobre anatomía y fisiología del cuerpo humano para evaluar adecuadamente los efectos principales y secundarios de los medicamentos (Stuart & Helby, 2007).

Precauciones a tener en cuenta: posología y efectos secundarios.

La farmacoterapia no lo cura todo. Casi todos los medicamentos tienen efectos secundarios que los profesionales deben contraponer a los posibles beneficios. **OBJETIVO DE APRENDIZAJE 11** La mayoría de las reacciones adversas, incluyendo náuseas, somnolencia, debilidad, fatiga y el deterioro de la actividad sexual, son reversibles cuando se interrumpe la medicación o cuando se reduce la posología. No obstante, éste no es el caso de la *discinesia tardía*, un efecto secundario grave de algunas medicaciones antipsicóticas; es decir, medicaciones utilizadas para tratar la esquizofrenia y otras psicosis. Los síntomas de la discinesia tardía son movimientos grotescos involuntarios de los músculos faciales y la boca y temblores en cuello, brazos y piernas. Con mucha frecuencia, el trastorno empieza después de varios años de dosis elevadas de tratamiento, por ello se la califica como tardía, pero a veces empieza tan sólo al cabo de algunos meses de terapia con dosis bajas (Simpson & Kline, 1976). Los nuevos medicamentos antipsicóticos como, por ejemplo, el Risperdal, suelen producir menos efectos adversos graves, pero son caros (Correll & Schenk, 2008).

Una misma dosis no sirve para todos: diferentes respuestas a la medicación.

Los profesionales que recetan medicamentos deben actuar con precaución. No todas las personas responden del mismo modo a la misma dosis de medicación. El peso, la edad e incluso diferencias étnicas suelen afectar a la respuesta a los medicamentos. Los estadounidenses de origen africano suelen necesitar dosis menores de determinados medicamentos contra la ansiedad y antidepresivos y tienen una respuesta más rápida que los de origen europeo, y los de origen asiático metabolizan (reducen) estos medicamentos más despacio que los de origen europeo (Baker & Bell, 1999; Campinha-Bacote, 2002; Strickland, Stein, Lin, et al., 1997). Dado que algunas personas pasan a ser dependientes física y psicológicamente de medicamentos como, por ejemplo, los ansiolíticos más recetados, Valium y Xanax (benzodiazepinas), los médicos intentan determinar la menor



Los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) suelen beneficiarse de medicación estimulante. No obstante, los críticos consideran que los estimulantes se recetan en exceso, especialmente a niños que únicamente son ligeramente hiperactivos, desatentos o impulsivos para su edad.

