

06

PSICOTERAPIAS

María Teresa Almendro Marín

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.
Especialista en Psicoterapia Integradora.

Irene Rodrigo Holgado

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.
Máster en Neuropsicología Clínica.
Especialista en Psicoterapia y Psicodrama.
Máster en Psicoterapia Psicoanalítica el Niño y su Familia.
Máster en Mujeres y Salud.

Ángela Gómez Cañadilla

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.

Andrea Erdocia Remacha

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.
Hospital Puerta de Hierro. Madrid.

Mónica Díaz de Neira Hernando

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.

Pedro García Sánchez

Residente en Psicología Clínica.

MANUAL DE PSICOTERAPIAS

ISBN obra completa: 978-84-10149-36-6

ISBN: 978-84-10149-59-5

Depósito Legal: M-9323-2026

EDICIÓN: Febrero 2026

Diseño de la cubierta: Rosa Ruiz Girón

Impresión: FRAGMA S.L.

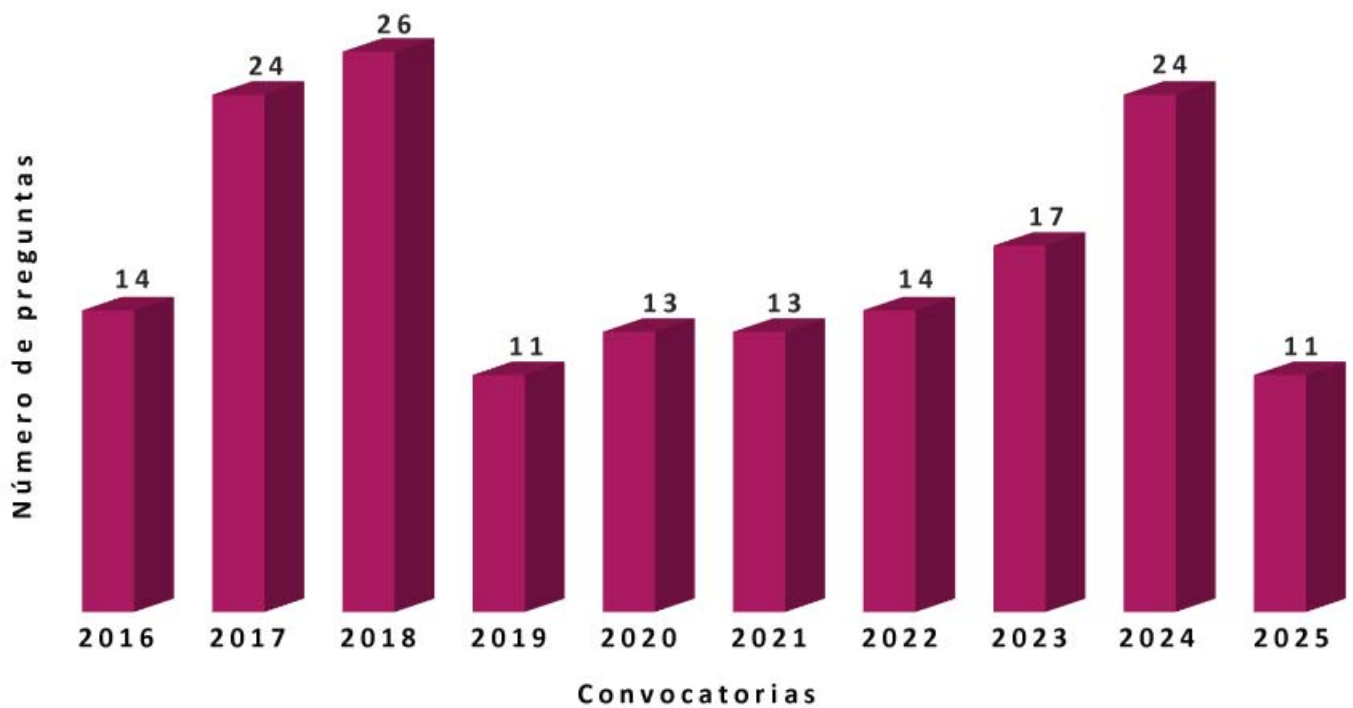
© CEDE

Todos los materiales de estudio elaborados, editados y publicados por CeDe son de uso exclusivo para sus alumnos.

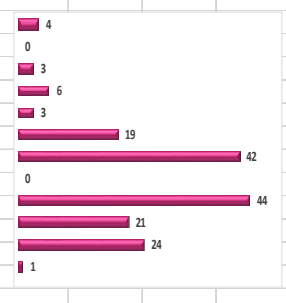
Reservado todos los derechos. No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopias, por registro u otros métodos, sin el permiso por escrito de CeDe.

Dirigirse a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PREGUNTAS POR CONVOCATORIA Y TEMA



Temas	Convocatorias	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
06 01 01 COMPONENTES DE LA PSICOTERAPIA		1	1	0	0	1	0	0	1	0	0
06 01 02 LA APROXIMACIÓN HISTÓRICA A LAS PSICOTERAPIAS		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
06 01 03 PSICOANÁLISIS I: FREUD		0	1	0	0	0	1	1	0	0	0
06 01 04 PSICOANÁLISIS II. OTROS DESARROLLOS		2	1	0	0	1	0	0	1	0	1
06 01 05 MODELOS FENOMENOLÓGICOEXISTENCIALISTAS Y HUMANISTAS		1	2	0	0	0	0	0	0	0	0
06 01 06 TERAPIAS DE FAMILIA Y MODELOS SISTÉMICOS		2	3	0	1	1	3	2	0	4	3
06 01 07 LOS MODELOS INTEGRADORES		2	0	2	2	1	2	4	11	16	2
06 01 08 TERAPIA DE GRUPO		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
06 02 09 TERAPIAS CONDUCTUALES		4	9	14	4	4	1	3	0	4	1
06 02 10 TERAPIAS COGNITIVAS		1	6	5	2	3	1	0	1	0	2
06 02 11 NUEVOS DESARROLLOS EN EL TRATAMIENTO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA: TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN		1	1	5	2	1	5	4	3	0	2
06 02 12 HABILIDADES Y COMPETENCIAS TERAPÉUTICAS		0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Total de preguntas por convocatoria		14	24	26	11	13	13	14	17	24	11



06

PSICOTERAPIAS

**06.01. HISTORIA, VARIABLES DEL PROCESO TERAPÉUTICO Y
MODELOS DE INTERVENCIÓN**

**06.02. TERAPIA DE CONDUCTA. TERAPIAS COGNITIVAS. TERAPIAS DE
TERCERA GENERACIÓN. HABILIDADES DEL TERAPEUTA**

ÍNDICE GENERAL

06.1. HISTORIA, VARIABLES DEL PROCESO TERAPÉUTICO Y MODELOS DE INTERVENCIÓN

06 01 01. COMPONENTES DE LA PSICOTERAPIA

1. DEFINICIÓN DE LA PSICOTERAPIA	23
2. EL CLIENTE	23
3. EL PSICOTERAPEUTA.....	25
4. LA RELACIÓN TERAPÉUTICA.....	28
5. EL PROCESO TERAPÉUTICO	30
6. RECURSOS TÉCNICOS EN LA ENTREVISTA DIAGNÓSTICA	32
6.1. Técnicas verbales de escucha activa o no directivas.....	32
6.2. Técnicas verbales directivas	33

06 01 02. LA APROXIMACIÓN HISTÓRICA A LAS PSICOTERAPIAS

1. INTRODUCCIÓN.....	39
2. RECORRIDO HISTÓRICO POR LA PSICOTERAPIA	39
A. Antes de la aparición de la psicoterapia	39
2.1. Sociedades tribales	39
2.2. Grecia y el mundo antiguo.....	40
2.3. El Cristianismo.....	40
2.4. El Renacimiento	41
B. Aparición de la psicoterapia.....	41
2.5. Del magnetismo animal a la hipnosis	41
2.6. Del método catártico al psicoanálisis	43
2.7. Desarrollo de la psicoterapia	43
2.8. Estado actual de la psicoterapia.....	45
3. LA INVESTIGACIÓN DE RESULTADOS	47
4. LA APROXIMACIÓN METODOLÓGICA	48
5. CIERTOS EFECTOS SANADORES EN PSICOTERAPIA.....	50
6. TENDENCIA HACIA LA TERAPIA BREVE	51
7. GRANDES MODELOS DE PSICOTERAPIA.....	51
8. CONFIDENCIALIDAD EN TERAPIA	52

06 01 03. PSICOANÁLISIS I: FREUD

1. INTRODUCCIÓN.....	57
2. DESARROLLO HISTÓRICO	58
3. ETAPAS DE LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA FREUDIANA	59
3.1. Etapa prefundacional (1886-1895).....	59
3.2. Etapa fundacional (1895-1900).....	59
3.3. Psicología del Ello (1900-1914)	59
3.4. Psicología del Yo (1914-1939).....	60
3.5. Tabla resumen de las etapas de Freud.....	60
4. MODELOS PROPUESTOS POR FREUD.....	61
4.1. Modelo topográfico.....	61

4.2. Modelo dinámico	62
4.3. Modelo económico	63
4.4. Modelo genético	64
4.5. Modelo estructural	66
5. MECANISMOS DE DEFENSA	67
5.1. Descripción de los diferentes mecanismos de defensa	68
5.2. Relación entre mecanismos de defensa y patología	72
5.3. Diferencias entre mecanismos de defensa con ciertas semejanzas	72
6. TEORÍA Y APLICACIÓN CLÍNICA	73
7. RECURSOS TÉCNICOS	75

06 01 04. PSICOANÁLISIS II. OTROS DESARROLLOS

1. INTRODUCCIÓN	81
2. LAS TRADICIONES PSICOANALÍTICAS ACTUALES	82
3. NEOFREUDIANOS	83
3.1. Psicología Individual de Alfred Adler	83
3.2. Psicología Analítica de C.G. Jung	85
4. TRADICIÓN PSICOANALÍTICA DEL YO	88
4.1. Winnicott	88
4.2. M. Klein	90
5. LAS PSICOTERAPIAS PSICOANALÍTICAS	93
5.1. La psicoterapia dinámica breve	95
5.1.1. La técnica de Sifneos: Psicoterapia Breve con Provocación de Angustia	95
5.1.2. La técnica de Malan	96
5.1.3. La técnica de Davanloo: Desactivación del inconsciente	96
5.1.4. La técnica de Mann: Psicoterapia de tiempo limitado	97
6. OTROS DESARROLLOS	97
6.1. Jacques Lacan	98

06 01 05. MODELOS FENOMENOLÓGICO-EXISTENCIALISTAS Y HUMANISTAS

1. INTRODUCCIÓN	104
2. MODELOS FENOMENOLÓGICO-EXISTENCIALISTAS	104
2.1. Análisis Existencial de Binswanger	106
2.2. La Logoterapia de V. Frankl	107
3. MODELOS HUMANISTAS	109
3.1. El Enfoque Centrado en la Persona de C. Rogers	109
3.2. Psicoterapia Existencial de A. Maslow	111
3.3. El Enfoque Gestáltico de F. Perls	111
3.4. Análisis Transaccional de E. Berne	114
3.5. El Psicodrama de Moreno	116
3.6. Terapia Centrada en la Emoción de L. Greenberg	117
3.7. Las terapias corporales	119
3.7.1. Focusing de Gendlin	120
3.7.2. Vegetoterapia Caracteroanalítica de W. Reich	120
3.7.3. El Análisis Bioenergético de Lowen	121
3.7.4. La Terapia Primitiva o el Grito Primal de Janov	122

06 01 06. TERAPIAS DE FAMILIA Y MODELOS SISTÉMICOS

1. INTRODUCCIÓN.....	128
2. MODELOS DE TERAPIA FAMILIAR.....	130
2.1. Terapia de familia desde el enfoque psicodinámico.....	131
2.2. Modelos intergeneracionales.....	132
2.2.1. Bowen.....	134
2.2.2. Intervención terapéutica desde el modelo intergeneracional.....	136
2.2.3. Genograma y Cronograma.....	136
3. MODELOS SISTÉMICOS.....	137
3.1. Marcos teóricos relevantes en la aparición del modelo sistémico.....	137
3.2. Conceptos básicos.....	139
3.3. Conceptos comunicacionales (Teoría de la comunicación humana, Watzlawick).....	141
3.4. Variables del funcionamiento familiar.....	142
3.5. La teoría del doble vínculo.....	143
3.6. El ciclo vital familiar.....	144
3.7. Recursos técnicos generales del modelo sistémico.....	147
3.8. Escuelas de Terapia Familiar Sistémica.....	150
3.8.1. Escuela Interaccional de Palo Alto, MRI.....	150
3.8.2. La Escuela Estructural: S. Minuchin.....	153
3.8.3. La Escuela Estratégica: J. Haley.....	156
3.8.4. La Escuela de Milán: Selvini-Palazzoli.....	158
3.8.5. La Terapia Centrada en las Soluciones: Steve de Shazer.....	163
4. DESARROLLOS ACTUALES.....	166
4.1. Evolución del modelo sistémico.....	166
4.1.1. Enfoque de los constructos familiares de Procter.....	168
4.1.2. Enfoque terapéutico narrativo de M. White y D. Epston.....	169
4.1.3. Modelo de las Polaridades Semánticas: Valeria Uguzzio.....	171
4.2. Enfoques conductuales y centrados en el problema.....	173
4.2.1. Introducción.....	173
4.2.2. Características generales.....	173
4.2.3. Terapia conductual de pareja (Jacobson y Margolin, 1979).....	175
4.2.4. Modelo de Baucom y Epstein (2002).....	176
4.2.5. Terapia Conductual Integrativa de Pareja (Jacobson y Christensen, 1996).....	177
4.2.6. Terapia centrada en las emociones.....	178
4.2.7. Terapia familiar para hijos con problemas.....	179
4.2.8. Modelos psicoeducativos.....	180

06 01 07. LOS MODELOS INTEGRADORES

1. INTRODUCCIÓN.....	185
2. LA INTEGRACIÓN TÉCNICA.....	185
2.1. Integración técnica sistemática.....	187
2.1.1. La propuesta de Beutler.....	187
2.1.2. La propuesta de Winter.....	188
2.1.3. Terapia Interpersonal para la Depresión (TIP) de Klerman y Weissman.....	189
2.1.4. Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente.....	189
2.1.5. Terapia Multimodal de Lazarus.....	189

3. LA INTEGRACIÓN TEÓRICA	191
3.1. Integración teórica híbrida.....	191
3.1.1. La Psicoterapia Psicodinámica Cíclica de Wachtel	192
3.1.2. Mardi Horowitz	192
3.2. Integración teórica amplia	192
3.3. Integración metateórica.....	193
4. LOS FACTORES COMUNES.....	193
4.1. Los factores comunes y los tratamientos psicológicos basados en la evidencia	196
4.1.1. Tratamiento integrador para los trastornos mentales graves de Livesley, Dimaggio y Clarkin	197
4.2. La práctica basada en la evidencia	198
4.2.1. Relación terapéutica basada en la evidencia.....	198
4.2.1.1. La alianza en terapia individual.....	199
4.2.1.2. La alianza terapéutica con niños y adolescentes.....	199
4.2.1.3. Alianza en terapia de pareja y familiar	199
4.2.1.4. Cohesión en terapia grupal	200
4.2.1.5. Empatía.....	200
4.2.1.6. Consideración positiva.....	200
4.2.1.7. Autenticidad	200
4.2.1.8. Acuerdo en los objetivos y colaboración.....	201
4.2.1.9. La relación real	201
4.2.1.10. Autorrevelaciones e inmediatez	201
4.2.1.11. Expresión emocional.....	201
4.2.1.12. Cultivar experiencias de resultado positivas	202
4.2.1.13. Favorecer la credibilidad del tratamiento	202
4.2.1.14. Manejo de la contratransferencia.....	202
4.2.2. Pericia clínica.....	202
4.2.3. Características, preferencias y cultura del consultante.....	203
4.2.4. La búsqueda de los principios de cambio	206

06 01 08. TERAPIA DE GRUPO

1. INTRODUCCIÓN HISTÓRICA	210
2. ASPECTOS ESPECÍFICOS DE LA TERAPIA DE GRUPO	211
2.1. Factores terapéuticos grupales.....	211
2.2. Finalidades de la terapia de grupo	212
2.3. Clasificación de los grupos.....	212
2.4. Tamaño del grupo	213
2.5. Indicaciones y contraindicaciones de la terapia de grupo	213
2.6. Preparación del contexto grupal.....	214
3. FASES DEL PROCESO GRUPAL	215
3.1. Estadio inicial	215
3.2. Estadio de transición	215
3.3. Estadio de trabajo	215
3.4. Estadio final.....	216
4. CARACTERÍSTICAS DEL TERAPEUTA DE GRUPO	216
4.1. Características personales.....	216
4.2. Características técnicas	216
5. MODELOS Y TIPOS DE GRUPO	217

06.2. TERAPIA DE CONDUCTA. TERAPIAS COGNITIVAS. TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN. HABILIDADES DEL TERAPEUTA

06 02 09. TERAPIAS CONDUCTUALES

1.	INTRODUCCIÓN	230
2.	CARACTERÍSTICAS Y ORIENTACIONES CONCEPTUALES	232
2.1.	Caracterización de la terapia de conducta en relación con otras terapias	234
3.	EVALUACIÓN CONDUCTUAL	235
3.1.	La observación y auto-observación en la evaluación conductual	235
3.2.	Formulación del caso y planificación del tratamiento	236
4.	PROCEDIMIENTOS OPERANTES BÁSICOS	239
4.1.	Reforzamiento positivo	240
4.2.	Reforzamiento negativo	241
4.3.	Castigo positivo	241
4.4.	Castigo negativo	241
4.5.	Extinción	241
4.6.	Recuperación	242
5.	TÉCNICAS OPERANTES PARA DESARROLLAR CONDUCTAS	242
5.1.	Moldeado o moldeamiento	242
5.2.	Encadenamiento	242
5.3.	Desvanecimiento	243
5.4.	Conducta operada por reglas	244
6.	TÉCNICAS OPERANTES PARA REDUCIR CONDUCTAS	245
6.1.	Extinción	246
6.2.	Enfoques de reforzamiento diferencial	246
6.2.1.	Reforzamiento diferencial de tasa baja	246
6.2.2.	Reforzamiento diferencial de otras conductas	247
6.2.3.	Reforzamiento diferencial de conductas incompatibles	247
6.2.4.	Reforzamiento diferencial de conductas funcionalmente equivalentes	248
6.3.	Coste de respuesta	248
6.4.	Tiempo fuera	248
6.5.	Saciación y práctica negativa	249
6.6.	Sobrecorrección	249
7.	TÉCNICAS DE ORGANIZACIÓN DE CONTINGENCIAS	250
7.1.	Economía de fichas	251
7.2.	Contratos de conducta	252
7.2.1.	Contratos conductuales en trastorno bipolar	252
8.	TÉCNICAS AVERSIVAS	253
8.1.	Modelos explicativos	254
8.2.	Efectos del castigo	254
9.	TÉCNICAS DE CONTROL DE LA ACTIVACIÓN	255
9.1.	Relajación muscular progresiva	256
9.1.1.	Procedimiento	257
9.1.2.	Variaciones	258
9.2.	Entrenamiento autógeno	258
9.3.	Control de la respiración	259
10.	DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA	259
10.1.	Modelos explicativos	259
10.2.	Condiciones de aplicación	260
10.3.	Procedimiento	261

10.4.	Variaciones de la DS	263
10.5.	Aplicaciones de la DS	264
11.	TÉCNICAS DE EXPOSICIÓN	264
11.1.	Implosión e inundación	264
11.2.	Modalidades	264
11.3.	Variables que afectan a la exposición	266
11.4.	Predictores de éxito terapéutico	267
11.5.	Modelos explicativos	267
11.6.	Aplicaciones de la exposición	268
12.	TÉCNICAS DE MODELADO	270
12.1.	Tipos	270
12.2.	Procesos	272
13.	ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES	273
13.1.	Modelos explicativos	274
13.2.	Evaluación	274
13.3.	Componentes de los programas	275
13.4.	Estrategias a entrenar	275
13.5.	Aplicaciones del EHS	277
14.	TÉCNICAS DE AUTOCONTROL	278
14.1.	Fases	278
14.2.	Técnicas	279
15.	TÉCNICAS DE BIOFEEDBACK	279
15.1.	La actividad psicofisiológica	280
15.2.	Ámbitos de aplicación	280
15.3.	Tipos de biofeedback	280
16.	TÉCNICAS DE CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO	281
16.1.	Técnicas basadas en el condicionamiento operante	282
16.2.	Técnicas basadas en el aprendizaje social	282
16.3.	Técnicas basadas en el autocontrol	283
17.	HIPNOSIS	283
18.	TÉCNICAS DE INTENCIÓN PARADÓJICA	284

06 02 10. TERAPIAS COGNITIVAS

1.	INTRODUCCIÓN	294
2.	LOS MODELOS DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	296
2.1.	Terapia racional-emotiva conductual	296
2.1.1.	Definición del modelo	296
2.1.2.	La teoría A-B-C	297
2.1.3.	Procedimiento terapéutico	299
2.2.	Terapias derivadas de la TREC	303
2.2.1.	Terapia de Conducta Racional	303
2.2.2.	Reestructuración Racional Sistemática	304
2.3.	La terapia cognitiva de Beck	304
2.3.1.	Introducción	304
2.3.2.	Fundamentos teóricos	305
2.3.3.	Procedimientos	308
2.3.4.	Técnicas conductuales	308
2.3.5.	Técnicas cognitivas	311
2.3.6.	Técnicas emotivas	315
2.3.7.	Estructura de la terapia cognitiva	318
2.4.	Entrenamiento en autoinstrucciones	321

3. LOS MODELOS COGNITIVO-COMPORTAMENTALES	321
3.1. Entrenamiento en control de la ansiedad.....	322
3.2. Inoculación de estrés	322
3.3. Solución de problemas.....	323
3.3.1. Fases	324
3.3.2. Niveles de ejecución	325
3.3.3. Variaciones	325
4. TERAPIAS COGNITIVO CONDUCTUALES (TCC) APLICADAS A TRASTORNOS ESPECÍFICOS	326
4.1. TCC para el TAG	326
4.2. TCC para la FS	327
4.3. TCC para trastorno por pánico.....	327
4.4. TCC para TEPT	327
4.5. TCC para TOC.....	327
4.6. TCC para TCA	327
4.7. TCC para la esquizofrenia.....	328
4.8. Intervenciones para la regulación emocional	328
5. MODELOS INTERMEDIOS.....	328
5.1. La terapia centrada en esquemas.....	329
5.1.1. Desarrollo teórico.....	329
5.1.2. Tratamiento.....	331
5.2. Terapia de valoración cognitiva.....	332
5.3. La terapia lingüística de evaluación	333
5.3.1. Conceptos.....	334
5.3.2. Estrategias de intervención	334
6. LOS MODELOS CONSTRUCTIVISTAS	334
6.1. Instrumentos de evaluación	334
6.2. Terapia de constructos personales	336
6.3. Terapia narrativa	337
6.3.1. Sistema de constructos familiares	338
6.4. Terapia cognitivo-estructural	339
6.5. Terapia cognitiva postracionalista	340
6.6. Terapia cognitiva post-racionalista.....	341
6.7. Terapia constructivista-Mahoney	342

06 02 11. NUEVOS DESARROLLOS EN EL TRATAMIENTO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA: TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN

1. INTRODUCCIÓN.....	350
1.1. Las dos primeras “olas” de la Terapia de Conducta.....	350
1.2. La tercera ola de la terapia de conducta	351
1.3. El contextualismo funcional.....	352
1.4. Introducción al esquema A-B-C	354
2. PSICOTERAPIA ANALÍTICO-FUNCIONAL (FUNCTIONAL ANALYTIC PSYCHOTHERAPY, FAP).....	355
2.1. Componentes de la FAP	355
2.1.1. Conductas clínicamente relevantes (CCRs)	355
2.1.2. La identificación de CCRs.....	356
2.1.3. Reglas o estrategias para una actuación terapéutica relevante	357
3. TERAPIA CONTEXTUAL: TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT).....	357
3.1. Conceptos relevantes en ACT	358
3.1.1. El sufrimiento humano	358
3.1.2. Saber por reglas y por contingencias.....	358

3.1.3. Teoría del marco relacional	359
3.1.4. Trastorno de Evitación Experiencial.....	359
3.2. Características de la intervención de ACT	360
3.2.1. Cambio en el contenido vs. Cambio en el contexto verbal	360
3.2.2. Objetivos y métodos para cambiar contextos verbales.....	361
3.2.3. Modelo Hexaflex: Flexibilidad psicológica.....	361
3.2.4. Temas centrales de ACT	362
3.3. Estructura y procedimiento de ACT	363
3.3.1. Desesperanza creativa	363
3.3.2. Trabajo en valores	364
3.3.3. El control de los eventos privados como problema, no como solución.....	364
3.3.4. Creación de una distancia con respecto al lenguaje.....	364
3.3.5. Diferenciar el “yo como contexto” del “yo como contenido”	364
3.3.6. Desarrollo de la voluntad: establecer un compromiso de actuar	365
3.4. Recursos clínicos	365
4. TERAPIA CONDUCTUAL DIALÉCTICA	366
4.1. Filosofía dialéctica en la TCD.....	366
4.2. Teoría dialéctica de la personalidad límite	366
4.3. La intervención en la TCD.....	367
4.3.1. Fases de tratamiento en la TCD	368
4.4. Recursos clínicos	369
4.5. Procedimientos de mindfulness utilizados en TDC	371
4.6. Eficacia de la TDC	371
5. TERAPIA METACOGNITIVA DE WELLS.....	372
5.1. Modelo de funcionamiento ejecutivo autorregulado	372
5.2. Modelo Metacognitivo	373
5.3. Técnicas de intervención.....	374
6. OTRAS TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN	376
6.1. Terapia de Activación Conductual.....	376
6.2. Terapia de conducta integrativa de pareja	376
6.3. Terapia cognitiva para la psicosis centrada en la persona.....	377
7. MINDFULNESS.....	377
7.1. Componentes de mindfulness.....	378
7.2. Mecanismos de acción.....	379
7.3. Aplicaciones	380

06 02 12. HABILIDADES Y COMPETENCIAS TERAPÉUTICAS

1. ELEMENTOS DE LA PSICOTERAPIA.....	386
2. EL CLIENTE	386
3. EL PSICOTERAPEUTA.....	386
3.1. Actitudes y características básicas	387
3.2. Competencias básicas	387
3.2.1. Habilidades de escucha.....	387
3.2.2. Habilidades de acción.....	389
3.3. Habilidades específicas.....	389
3.4. Habilidades y destrezas específicas de modificación de conducta.....	390
4. LA RELACIÓN TERAPÉUTICA.....	391
4.1. Factores que influyen en la relación.....	391
4.2. Factores que favorecen la relación	392
4.3. Factores que dificultan la relación.....	393

5. EL PROCESO TERAPÉUTICO	393
5.1. Actitudes que dificultan el proceso	393
5.2. Habilidades en las distintas fases	393
5.3. Problemas de resistencia al cambio.....	394
5.4. Habilidades de prevención de resistencias	395

ÍNDICE

06 01 07. LOS MODELOS INTEGRADORES

1. INTRODUCCIÓN.....	185
2. LA INTEGRACIÓN TÉCNICA.....	185
2.1. Integración técnica sistemática	187
2.1.1. La propuesta de Beutler.....	187
2.1.2. La propuesta de Winter.....	188
2.1.3. Terapia Interpersonal para la Depresión (TIP) de Klerman y Weissman.....	189
2.1.4. Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente.....	189
2.1.5. Terapia Multimodal de Lazarus.....	189
3. LA INTEGRACIÓN TEÓRICA	191
3.1. Integración teórica híbrida.....	191
3.1.1. La Psicoterapia Psicodinámica Cíclica de Wachtel	192
3.1.2. Mardi Horowitz.....	192
3.2. Integración teórica amplia	192
3.3. Integración metateórica.....	193
4. LOS FACTORES COMUNES.....	193
4.1. Los factores comunes y los tratamientos psicológicos basados en la evidencia	196
4.1.1. Tratamiento integrador para los trastornos mentales graves de Livesley, Dimaggio y Clarkin.....	197
4.2. La práctica basada en la evidencia	198
4.2.1. Relación terapéutica basada en la evidencia.....	198
4.2.1.1. La alianza en terapia individual.....	199
4.2.1.2. La alianza terapéutica con niños y adolescentes.....	199
4.2.1.3. Alianza en terapia de pareja y familiar	199
4.2.1.4. Cohesión en terapia grupal.....	200
4.2.1.5. Empatía.....	200
4.2.1.6. Consideración positiva.....	200
4.2.1.7. Autenticidad	200
4.2.1.8. Acuerdo en los objetivos y colaboración.....	201
4.2.1.9. La relación real	201
4.2.1.10. Autorrevelaciones e inmediatez.....	201
4.2.1.11. Expresión emocional.....	201
4.2.1.12. Cultivar experiencias de resultado positivas	202
4.2.1.13. Favorecer la credibilidad del tratamiento	202
4.2.1.14. Manejo de la contratransferencia.....	202
4.2.2. Pericia clínica.....	202
4.2.3. Características, preferencias y cultura del consultante.....	203
4.2.4. La búsqueda de los principios de cambio	206

06 01 07. LOS MODELOS INTEGRADORES

ORIENTACIONES

Hasta hace unos años, los modelos integradores apenas tenían relevancia en el examen (aproximadamente, una o dos preguntas por convocatoria); sin embargo, recientemente, han adquirido un poco más de protagonismo, aumentando ligeramente su presencia en las tres últimas convocatorias.

ASPECTOS ESENCIALES

1. En qué consiste el **modelo integrador**; cuándo, cómo y por qué surgió.
2. Diferencias entre la **integración técnica**, la **integración teórica** y los **factores comunes**.
3. Características y ejemplos de los tres tipos de integración técnica (en función del criterio de selección): **pragmática, de orientación y sistemática**.
4. Características y ejemplos de los tres tipos de integración teórica: **híbrida, amplia y metateórica**.
5. **Factores comunes**. Destaca la propuesta de J. **Frank** y los porcentajes del cambio de **Lambert**.
6. **Práctica basada en la evidencia**. Niveles de eficacia asociados a los elementos de la relación terapéutica, así como características, preferencias y cultura del consultante.

NOVEDADES DE ESTA EDICIÓN

En base a las últimas preguntas de convocatoria, se ha reestructurado el temario, se han incorporado nuevos contenidos y, con el objetivo de facilitar el estudio, se han añadido numerosos cuadros y tablas.

PREGUNTAS REPRESENTATIVAS

190. ¿Cuál de los siguientes factores de la relación terapéutica ha demostrado encontrarse dentro de la categoría de mayor nivel de eficacia?:

- 1) El uso de autorrevelaciones.
- 2) La promoción de la credibilidad del tratamiento.
- 3) El manejo de la contratransferencia.
- 4) La obtención y uso de feedback.

PIR 22, RC 4.

113. Según Lambert, ¿qué factor de la varianza del cambio terapéutico tiene más peso?:

- 1) Factores comunes.
- 2) Factores técnicos.
- 3) Cambio extra-terapéutico.
- 4) Expectativas, placebo.

PIR 23, RC 3.

134. ¿Cuál de los siguientes aspectos fue propuesto por Frank (1961) como uno de los factores comunes a todas las psicoterapias eficaces?:

- 1) El manejo de la transferencia y la contratransferencia.
- 2) La monitorización sistemática de resultados.

- 3) La psicoeducación.
- 4) La activación de emociones intensas.

PIR 23, RC 4.

078. Castonguay et al. (2019) han propuesto diferentes principios asociados al cambio en psicoterapia y los han organizado en varias categorías. ¿En cuál de ellas se incluirían las preferencias del paciente y su estilo de afrontamiento?:

- 1) Factores relacionados con el pronóstico del paciente.
- 2) Factores moderadores del paciente.
- 3) Factores relacionados con variables de proceso del paciente.
- 4) Factores asociados a la relación terapéutica.

PIR 25, RC 2.

1. INTRODUCCIÓN

El desarrollo histórico de la psicoterapia se caracteriza por la coexistencia de múltiples enfoques teóricos, cada uno de ellos basado en una forma particular de entender los problemas humanos. Estos modelos, además de proporcionar una forma concreta de comprender la realidad, así como un modo de intervención específico, también aportan un lenguaje y una estructura científico-social de apoyo. Pese a ello, son muchos los terapeutas que prefieren no identificarse explícitamente con un marco teórico en particular, circunstancia que, ya en los años treinta, dio lugar a la aparición de propuestas eclécticas aisladas. Más adelante, en los **setenta**, surgió el fenómeno del **eclecticismo** como hecho diferencial en psicoterapia, para, posteriormente, en los **ochenta**, comenzar a formarse el **movimiento integrador**.

Norcross (1986) propone una serie de **factores** que promovieron el **movimiento integrador**:

- Proliferación de enfoques psicoterapéuticos.
- Una forma de psicoterapia no puede ser adecuada para todos.
- Ausencia de eficacia diferencial entre las psicoterapias.
- Reconocimiento de la existencia de factores comunes a las diferentes psicoterapias.
- Énfasis en las características del paciente y de la relación terapéutica como principales ingredientes de cambio.
- Factores sociopolíticos y socioeconómicos.

En general, parece existir un consenso creciente en torno a la idea de que **no existe un único enfoque** clínicamente adecuado **para todos los problemas, clientes y situaciones**.

La insatisfacción con los modelos existentes, junto con el reconocimiento de sus limitaciones para determinados casos, ha favorecido el desarrollo de propuestas orientadas a la integración de conocimientos y técnicas previamente disponibles, todo ello con el objetivo de lograr una comprensión más amplia y precisa del proceso psicoterapéutico. De esta forma, **se enfatiza mucho más en cuestiones relativas al cliente**, como el *tipo de demanda*, el *estilo interpersonal*, la *disposición al cambio*, la *red social y afectiva*, así como otras variables relacionadas.

Según **Arkowitz** (1991), el movimiento integrador focaliza su actividad en tres grandes áreas de trabajo: la **integración técnica**, la **integración teórica** y el área de los **factores comunes**.

RECUERDA

- ◆ **No existe un único enfoque** clínicamente adecuado para todos los problemas, clientes y situaciones.
- ◆ Dentro del movimiento integrador, destacan la **integración técnica**, la **integración teórica** y los **factores comunes**.

2. LA INTEGRACIÓN TÉCNICA

Más conocida como **eclecticismo técnico**, se caracteriza por la selección de técnicas y procedimientos terapéuticos con independencia de la teoría en la que se han originado. **Lazarus**, pionero de este enfoque en los años sesenta, consideraba que la integración teórica suponía un esfuerzo inútil e inabarcable dada la proliferación excesiva de modelos teóricos. Por el contrario, desde su punto de vista, la integración de técnicas sí que permitía enriquecer la práctica terapéutica empleando los descubrimientos técnicos de las diferentes escuelas. Sostiene que, en el nivel básico de observación de los fenómenos clínicos, pueden llegar a integrarse las técnicas; se ha de escoger la **técnica adecuada**, para el **problema adecuado**, para un **determinado cliente**.

Hasta los años setenta se llevó a cabo un **eclecticismo intuitivo**, es decir, se seleccionaban las técnicas de forma idiosincrática y a juicio del terapeuta. Eysenck (1970), entre otros, criticó duramente esta práctica desordenada y caótica, y en la actualidad no se considera parte del movimiento integrador.

La integración técnica, a diferencia del eclecticismo intuitivo, está orientada a la **selección de técnicas en base a algún criterio definido**, y se distinguen tres tipos:

- 1) **Integración técnica pragmática.** Se seleccionan las técnicas en función del **nivel de eficacia** demostrado empíricamente (p. ej., **modificación de conducta**; en la actualidad, junto a las tradicionales técnicas basadas en el condicionamiento clásico y operante, se incluyen la intención paradójica, la terapia racional-emotiva, la hipnoterapia o la silla vacía). El objetivo de este tipo de integración es desarrollar una matriz de “tratamientos x problema” que dicte la técnica más eficaz a emplear para cada caso en concreto.
- 2) **Integración técnica de orientación.** Se seleccionan las técnicas de acuerdo con los criterios que se establecen desde una **teoría concreta**; es decir, se combinan técnicas de diverso origen, pero en función de una orientación teórica particular. Sigue un criterio basado en la **coherencia** con una teoría concreta. No obstante, para que la integración sea posible, es necesario que la teoría en cuestión presente un alto nivel de abstracción y que deje abiertas muchas posibilidades técnicas (p. ej., **terapia de constructos personales** propuesta por **Kelly** en 1955, cuya formulación no implica el uso de ninguna técnica específica, sino que éstas se eligen en función de las estrategias de cambio que se derivan de la conceptualización clínica de los procesos de construcción de la persona).

A continuación, se expone una tabla extraída de Feixas y Miró (1993) que recoge las estrategias y técnicas articuladas en la propuesta integrada de **Feixas y Villegas** (1990); en función de la estrategia terapéutica, proponen la aplicación de diferentes técnicas:

ESTRATEGIAS	TÉCNICAS
1. Cambio de polo del constructo	<ul style="list-style-type: none"> – Uso de la autoridad investida (uso del “poder diagnóstico” para “despsicopatologizar”). – Uso de la experimentación: Focalización verbal, dramatización en vivo y asignación de tareas.
2. Aplicación de otro constructo del repertorio del cliente	<ul style="list-style-type: none"> – Reformulación del síntoma o del contexto del síntoma. – Técnicas circunspectivas (p. ej., <i>brainstorming</i>).
3. Articulación de constructos no verbales	<ul style="list-style-type: none"> – Rotulación. – sociación libre. – Focalización corporal (<i>focusing</i>). – Análisis de sueños: Interpretación, integración y autoproducción. – Trabajo artístico creativo.
4. Contrastación de la consistencia interna del sistema de constructos	<ul style="list-style-type: none"> – Confrontación. – Disputa racional.
5. Contrastación de la validez predictiva del sistema	<ul style="list-style-type: none"> – Comprobación de hipótesis. – Uso de la experimentación.
6. Variación del ámbito de conveniencia de un constructo	<ul style="list-style-type: none"> – Uso de las metáforas del cliente. – Reconstrucción metafórica.
7. Alteración del significado de un constructo	<ul style="list-style-type: none"> – Reconstrucción cognitiva. – Cambios en la red semántica de implicaciones.
8. Creación de nuevos ejes de construcción	<ul style="list-style-type: none"> – Rol fijo. – Análisis existencial.

- 3) **Integración técnica sistemática.** Se seleccionan las técnicas conforme a una lógica sistemática o esquema básico que indica cuáles emplear en función del **tipo de clientes**; es decir, se trata de una integración técnica guiada por unos **esquemas conceptuales** generales acerca de la **naturaleza del cambio** y de **cómo producirlo** terapéuticamente.

2.1. INTEGRACIÓN TÉCNICA SISTEMÁTICA

2.1.1. La propuesta de Beutler

Beutler considera la psicoterapia como un proceso de influencia social o **persuasión** en el que la **teoría del terapeuta** determina el contenido de la persuasión, sus técnicas, sus medios y la calidad y límites de la relación. Propone la **sistematización** de los modelos existentes en términos de **estilos terapéuticos** o dimensiones bipolares de intervención (p. ej., directiva/no directiva, centrada en el síntoma/conflicto), en la selección de **variables del cliente** (p. ej., estilo de afrontamiento, complejidad del síntoma, nivel de reactancia) y en el **emparejamiento** de los estilos terapéuticos con las variables del cliente (p. ej., las terapias directivas están indicadas para clientes con baja reactancia).

A continuación, se expone una tabla modificada de Feixas y Miró (1993) que recoge el **tipo de psicoterapia** a emplear según el nivel de reactancia y el estilo de afrontamiento del cliente:

		BAJA REACTANCIA	ALTA REACTANCIA
Estilo de Afrontamiento	Foco de actuación	DIRECTIVA	NO DIRECTIVA (PIR 22, 186)
EXTERNALIZADOR	Centrada en el SÍNTOMA	Terapia cognitiva de Beck	Terapia de apoyo, autoayuda, intervención paradójica
INTERNALIZADOR	Centrada en el CONFLICTO	Terapia gestáltica	Terapia psicoanalítica, rogeriana

Además, en contraste con la tradición psiquiátrica y psicopatológica, Beutler considera que las categorías diagnósticas son poco relevantes para comprender el cambio terapéutico, por lo que propone un sistema propio. La denominada “**selección sistemática del tratamiento**” (Beutler & Harwood, 2000; Beutler & Clarkin, 2014) plantea que, en función del nivel que una persona manifieste en determinadas variables, será más eficaz un tipo de intervención que otro:

- **Gravedad.** Los casos más leves se benefician más de intervenciones menos intensas, al contrario de lo que sucede con los casos de mayor gravedad.
- **Nivel de angustia.** Cuando la persona muestra altos niveles de activación psicofisiológica, es necesario utilizar intervenciones que permitan disminuirlos; en caso de no hacerlo hasta un nivel tolerable, es posible que otras intervenciones sean ineficaces. Además, cuando no hay suficiente activación (bajo nivel de angustia), es aconsejable emplear un método que la aumente lo suficiente como para poder realizar un trabajo productivo.
- **Estilo de afrontamiento.** Según cómo afronte las situaciones estresantes, un sujeto puede ser *internalizador* (“el problema está dentro de mí”) o *externalizador* (“el problema está fuera de mí”). Si predominan signos y conductas del estilo externalizador, el foco de la intervención debería centrarse en cambiar los síntomas conductuales; si predomina el estilo internalizador, debería dirigirse la atención a la toma de conciencia de los eventos mentales (pensamientos y emociones) relacionados con el problema.
- **Nivel de reactancia o resistencia (PIR 16, 153).** Es una característica del sujeto relacionada con el grado de tolerancia de situaciones que limitan o coartan su libertad. Cuando el nivel de reactancia es alto, las intervenciones más adecuadas suelen ser indirectas o incluso paradójicas (PIR 23, 133); cuando es bajo, los pacientes se benefician más de un estilo terapéutico directivo.

Por otra parte, Beutler y Harwood (2000) postulan ocho **principios óptimos** (predicciones sobre la relación entre las variables del consultante y ciertas clases de intervenciones psicoterapéuticas) y diez **principios básicos** (predicciones sobre cualidades del consultante que predisponen al uso de diferentes *modalidades, formatos e intensidades* de tratamiento) para el cambio terapéutico.

PRINCIPIOS ÓPTIMOS	
<p>1) El cambio terapéutico es mayor cuando el terapeuta es hábil y provee al paciente de confianza, aceptación, reconocimiento, colaboración y respeto en un medio que proporciona máxima seguridad y, al mismo tiempo, tolera el riesgo.</p> <p>2) El cambio terapéutico es más probable cuando los procedimientos terapéuticos no evocan la resistencia del paciente.</p>	DE LA RELACIÓN
<p>3) El cambio terapéutico es más probable cuando se expone al paciente a objetos o blancos de evitación conductual o emocional (PIR 24, 167).</p> <p>4) El cambio terapéutico es mayor cuando se expone al paciente a la expresión emocional en un entorno seguro hasta que sus respuestas problemáticas disminuyen o se extinguen.</p>	EXPOSICIÓN Y EXTINCIÓN
<p>5) El cambio terapéutico es más probable si los esfuerzos iniciales de cambio se centran en desarrollar nuevas habilidades y alterar síntomas disruptivos.</p>	SECUENCIA
<p>6) En el caso de los pacientes externalizadores, el cambio terapéutico es mayor cuando el balance relativo de intervenciones favorece el desarrollo de habilidades y procedimientos para reducir los síntomas; en los internalizadores es preferible el uso de intervenciones orientadas al <i>insight</i>.</p> <p>7) El cambio terapéutico es mayor cuando la directividad de la intervención es inversamente proporcional al nivel de resistencia actual del paciente; si la resistencia es muy alta, resulta útil prescribir la continuación de la conducta sintomática.</p> <p>8) La probabilidad del cambio terapéutico es mayor cuando el nivel de malestar emocional del paciente es moderado, ni muy alto ni muy bajo.</p>	DIFERENCIAL DE TRATAMIENTO

PRINCIPIOS BÁSICOS	
<p>1) La probabilidad de mejoría se relaciona positivamente con el nivel de apoyo social y negativamente con el deterioro funcional.</p> <p>2) El pronóstico tiende a empeorar en caso de cronicidad-complejidad y en ausencia del malestar del paciente. Facilitar el apoyo social aumenta la probabilidad de un buen resultado entre pacientes con problemas crónico-complejos.</p>	PRONÓSTICO
<p>3) La medicación psicoactiva ejerce sus mayores efectos entre aquellos pacientes con alto deterioro funcional y alta complejidad-cronicidad.</p> <p>4) La probabilidad y la magnitud de la mejoría se incrementan en los pacientes con problemas complejo-crónicos por la aplicación de la terapia multipersonal.</p> <p>5) En los sujetos con alto deterioro funcional los beneficios se corresponden con la intensidad del tratamiento.</p>	MODALIDAD E INTENSIDAD DEL TRATAMIENTO
<p>6) El riesgo se reduce por la evaluación cuidadosa de las situaciones de riesgo a la hora de confeccionar la historia clínica y establecer el diagnóstico.</p> <p>7) El riesgo se reduce y el cumplimiento del paciente aumenta cuando el tratamiento incluye la intervención familiar.</p> <p>8) El riesgo baja y el nivel de retención mejora cuando, de forma realista, se informa al paciente sobre la probable duración y efectividad del tratamiento, y cuando tiene una clara comprensión de los roles y actividades que se esperan de él durante el curso del tratamiento.</p> <p>9) El riesgo se reduce si el terapeuta pregunta rutinariamente al paciente sobre sentimientos, deseos o planes suicidas.</p> <p>10) Los principios éticos y legales sugieren que es aconsejable mantener la documentación y disponer de supervisores.</p>	REDUCCIÓN DEL RIESGO

2.1.2. La propuesta de Winter

Winter (1990, 1992) centra su estudio en las características del cliente que recomendarían la aplicación de una terapia **introspectiva** o **extraspectiva**. Las primeras se focalizan en la construcción del cliente y fomentan la autoexploración (p. ej., psicodinámicas); por su parte, las extraspectivas se basan en el marco que propone el terapeuta y utilizan procedimientos directivos (p. ej., modificación de conducta).

A continuación, se expone una tabla extraída de Feixas (1992) que recoge los criterios propuestos para seleccionar un tipo de psicoterapia u otro:

CLIENTES ADECUADOS PARA TERAPIAS INTROSPECTIVAS	CLIENTES ADECUADOS PARA TERAPIAS EXTRASPECTIVAS
<ul style="list-style-type: none"> – Sistema de constructos laxo. – Baja consistencia lógica. – Constructos relacionados con los síntomas son poco centrales. – Construyen sus problemas en términos psicológicos. – El terapeuta es visto como alguien distinto al médico. 	<ul style="list-style-type: none"> – Sistema de constructos rígido (PIR 21, 161). – Alta consistencia lógica. – Constructos relacionados con los síntomas son centrales. – Construyen sus problemas en términos médicos o somáticos. – El cliente equipara al terapeuta al médico de cabecera.

2.1.3. Terapia Interpersonal para la Depresión (TIP) de Klerman y Weissman

Es una terapia **breve** focalizada en el **aquí y ahora**, orientada al **diagnóstico**, centrada en los **problemas interpersonales** y empíricamente contrastada para el tratamiento de la **depresión** (originalmente desarrollada como terapia de mantenimiento (PIR 18, 181), también ha demostrado su eficacia en fases agudas). Entre sus fundamentos teóricos se encuentra la teoría del **apego** de Bowlby (PIR 24, 115).

Según este abordaje, la depresión es un trastorno que puede explicarse a través de la capacidad de los pacientes para resolver problemas interpersonales, los cuales pueden agruparse en cuatro áreas problemáticas: **duelo**, **disputas interpersonales**, **transición de rol** y **déficits interpersonales** (PIR 18, 184).

Se recomienda consultar el manual de “Tratamientos Psicológicos” para obtener una descripción más exhaustiva y detallada de esta intervención.

2.1.4. Modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente

Es un modelo **tridimensional** que integra estadios, procesos y niveles de cambio aplicado, sobre todo, en la intervención con **adicciones**.

- **Estadios:** *precontemplación, contemplación, preparación para la acción, acción, mantenimiento, recaída y finalización*. La transición entre estadios no es lineal; sigue un desarrollo en espiral.
- **Procesos:** cognitivos o experienciales (aumento de la concienciación, autorreevaluación, reevaluación ambiental, relieve dramático, liberación social) y conductuales (autoliberación, manejo de contingencias, relaciones de ayuda, contracondicionamiento, control de estímulos).
- **Niveles:** síntomas/situacional, cogniciones desadaptadas, conflictos interpersonales actuales, conflictos sistémicos/familiares y conflictos intrapersonales.

Una vez más, se recomienda consultar el manual de “Tratamientos Psicológicos” para obtener una descripción más exhaustiva y detallada de esta intervención.

2.1.5. Terapia Multimodal de Lazarus

Está basada en la **identificación y tratamiento** de las **modalidades básicas** del ser humano y de sus problemas (**BASIC I.D.:** *conducta, afecto, sensación, imágenes, cognición, aspectos interpersonales y aspectos biológicos/medicación*). Considera que los procesos emocionales surgen como dimensiones discretas, pero inseparables: **conducta, afecto y pensamiento**. Se fundamenta en la *teoría del aprendizaje social* y en la *teoría general de sistemas*. **Lazarus** defiende una visión holística del hombre como organismo biopsicosocial, denunciando el reduccionismo mecanicista (al que denomina “juego del animal”) de algunos terapeutas conductistas.

Los elementos de esta terapia son **diferenciables, pero inseparables**; es decir, las personas son seres que se comportan, experimentan emociones, perciben, imaginan, piensan, se relacionan y, dada su naturaleza biológica, pueden ser influidos por fármacos.

El terapeuta investiga sistemáticamente el **BASIC I.D.** ayudándose del *Multimodal Life History Questionnaire (Cuestionario de la Historia Vital Multimodal)* o de la *Multimodal Anamnesis Psychotherapy (Anamnesis de Psicoterapia Multimodal)*. Previo a la construcción del **Perfil Multimodal**, el terapeuta realiza un **Perfil Estructural** mediante un inventario de 35 ítems, pudiendo así clasificar el Perfil Multimodal bajo una estructura de tipologías.

En lugar de mecanismos de defensa, se utiliza el término **reacciones de defensa** (*represión, negación, proyección, racionalización, sublimación, desplazamiento, formación reactiva y regresión*). Asimismo, sostiene que la **defensividad es intrapsíquica**, mientras que la **resistencia** pertenece al terreno de lo **interpersonal**. Además, mantiene que el 90% de la resistencia puede atribuirse a la ignorancia del terapeuta, sugiriendo tácticas como llamadas telefónicas, sesiones en casa del paciente o paseando por la calle, abordaje de intereses comunes, etc.

Estructuralmente, este modelo está construido por modalidades y funciones de acuerdo con los **procesos de homeostasis y retroalimentación**. Los subsistemas del BASIC I.D. se relacionan de modo circular y no lineal, generando subsistemas cíclicos (secuencias de acontecimientos que se repiten infinitamente). Lazarus recoge **cinco** de estos **subsistemas**, en los que el **afecto** juega un papel relevante y donde su reconocimiento proporciona una evaluación sobre la **motivación** del paciente al tratamiento y si ésta depende de factores extrínsecos o intrínsecos:

GANANCIA SECUNDARIA	<ul style="list-style-type: none"> – La conducta problema se encuentra reforzada por las consecuencias de ésta en el medio social, con lo que aumentará de intensidad. – Secundario significa extrínseco o interpersonal. – Por ejemplo, la atención obtenida por el cónyuge debido a la fobia que padece.
PÉRDIDA SECUNDARIA	<ul style="list-style-type: none"> – Tensión mental o estrés que sufre el paciente y que está originado por aspectos interpersonales. – Secundario significa extrínseco o interpersonal. – Por ejemplo, su falta de habilidades le impide relacionarse de forma adecuada y responde con una fobia.
GANANCIA PRIMARIA	<ul style="list-style-type: none"> – Reducción de la tensión y eliminación de un sentimiento desagradable. – Por ejemplo, sentimiento de alivio tras la respuesta de evitación.
PÉRDIDA PRIMARIA	<ul style="list-style-type: none"> – Las somatizaciones que varían desde mareos, parestesias, etc., hasta hiperventilaciones y perturbaciones psicósomáticas.
MEDIACIÓN COGNITIVA	<ul style="list-style-type: none"> – Los sentimientos y las conductas aumentan o disminuyen, cambiando los conceptos e imágenes del paciente. – Por ejemplo, la imagen negativa de uno mismo puede suponer que el sujeto deje de hacer algunas conductas.

Estos cinco círculos viciosos dan lugar a **153 posibles secuencias estratégicas** (secuencias escogidas por el terapeuta para romper dichos círculos por medio de intervenciones). Se debe elegir una **técnica de tratamiento** que sea consonante con la **modalidad dominante** para obtener los mejores resultados.

Desde este enfoque existen **tres modalidades dominantes** que dan lugar a tres **tipos de personas**: las que **actúan**, las que **sienten** y las que **piensan**. Lazarus aboga por un eclecticismo técnico o sistemático, por eso utiliza una gran variedad de técnicas efectivas bajo el modelo de la Teoría General de Sistemas. A continuación, se exponen en función de la modalidad dominante afectada:

- **Behaviour** (conducta): Reforzamiento positivo, reforzamiento negativo, castigo, contracondicionamiento. Técnicas de modificación de conducta.
- **Afecto**: Aceptación y reconocimiento de los sentimientos, catarsis. Expresión de emociones, entrenamiento en control de ansiedad, terapia de la aflicción, identificación de sentimientos.

- **Sensación:** Dejar escapar la tensión, sensaciones agradables. Técnicas de *biofeedback*, técnicas de reducción de la ansiedad.
- **Imaginación:** Imágenes de ser capaz, de afrontamiento, cambios en la imagen de uno mismo. Imaginación asociada, imaginación anti “shock del futuro”, imaginación aversiva, imaginación positiva, imaginación de afrontamiento, proyección en el tiempo.
- **Cognición:** Reestructuración cognitiva, aumento de la conciencia. Biblioterapia, corrección de conceptos erróneos, reestructuración de Ellis, solución de problemas, entrenamiento en autoinstrucciones, detención del pensamiento.
- **Interpersonal:** Modelado, aceptación incondicional, resolución de conflictos. Entrenamiento en comunicación, contrato de contingencias, entrenamiento en hacer amistades, acercamientos sexuales graduados, estrategias paradójicas, entrenamiento en asertividad y habilidades sociales.
- **Drugs** (medicación, drogas, biología): Ejercicio y dietas saludables, abandonar el alcohol y las drogas, medicación cuando esté indicada. Fomento de hábitos de salud, remitir al médico cuando se sospecha de problemas orgánicos o están indicadas intervenciones biológicas.

RECUERDA

- ♦ La **integración técnica** se caracteriza por la **selección de técnicas y procedimientos terapéuticos** en base a algún criterio definido (con independencia del marco teórico de origen).
- ♦ La **integración técnica pragmática** selecciona las técnicas en función del **nivel de eficacia** demostrado empíricamente (p. ej., modificación de conducta).
- ♦ La **integración técnica de orientación** selecciona las técnicas de acuerdo con los criterios que se establecen desde una **teoría concreta** (p. ej., terapia de constructos personales de Kelly).
- ♦ La **integración técnica sistemática** selecciona las técnicas conforme a una lógica sistemática o esquema básico que indica cuáles emplear en función del **tipo de clientes** (p. ej., propuesta de Beutler).

3. LA INTEGRACIÓN TEÓRICA

Se integran **dos o más teorías** con la esperanza de que el resultado de su unión sea mejor que cada una de las terapias por separado; es decir, se centra en intentar integrar los **conceptos teóricos** de diferentes modelos psicoterapéuticos.

En los **años treinta y cuarenta** se llevan a cabo los primeros esfuerzos por tratar de integrar los **enfoques psicoanalítico y conductual**. Aun así, no es hasta los años **cincuenta** cuando, en esta línea, surge la primera aportación realmente significativa con los trabajos del **grupo de Yale**, cuya propuesta intenta sintetizar ambas teorías en **Personalidad y psicoterapia: un análisis en términos de aprendizaje, pensamiento y cultura** (Dollard y Miller, 1950). En esta obra, entre otras cosas, se explica el principio del placer en términos de refuerzo y la represión en términos de inhibición de respuesta; además, se formula una compleja teoría acerca de la dinámica del conflicto y la ansiedad en la neurosis.

London (1964) diferencia las **terapias centradas en la acción** y las **terapias centradas en el insight**, sugiriendo que un sistema capaz de articular ambos aspectos resultaría más beneficioso para los clientes.

Años más tarde, en los **setenta**, aumenta el interés por esta forma de integración: el modelo conductual se abre a lo cognitivo-simbólico (p. ej., **Bandura**), algunos formatos de terapia psicoanalítica ponen el énfasis en la fijación de metas, en el trabajo sobre un foco terapéutico y en los acontecimientos y procesos actuales, etc.

3.1. INTEGRACIÓN TEÓRICA HÍBRIDA

Integra las **teorías y prácticas** correspondientes a **dos enfoques** terapéuticos ya establecidos. Normalmente, se parte de dos enfoques considerados complementarios y se intenta seleccionar las técnicas y aspectos teóricos más útiles de cada uno en un marco teórico híbrido común.

3.1.1. La Psicoterapia Psicodinámica Cíclica de Wachtel (1977, 1985, 1987) (PIR 24, 104)

Considera que el modelo psicodinámico y su énfasis en el *insight* es insuficiente como mecanismo de cambio en la mayoría de casos; sostiene que debe prestarse más atención a los **componentes actuales del conflicto** que favorecen las fantasías y conflictos inconscientes. Por una parte, toma del modelo dinámico los procesos y conflictos inconscientes, así como la importancia del significado y de las fantasías. Por otro lado, toma del modelo conductual la importancia del **contexto** en el que ocurre el problema, además de su gran arsenal técnico para modificarlo. Así, para Wachtel no sólo resultan esenciales las experiencias tempranas como origen de un patrón de funcionamiento que refleja conflictos no resueltos que influyen en el sujeto más allá de su conciencia, sino que también es fundamental la importancia de las **influencias interpersonales actuales**.

Los problemas y los síntomas son resultado de **círculos viciosos** que se dan en la **situación actual**, aunque no deja de reconocer la **importancia de la experiencia temprana** en la determinación de una cierta predisposición. La identidad que adquiere la persona es, para este autor, una especie de hábito o aprendizaje que incluye el hecho de **temer determinadas experiencias**, circunstancia que limita su repertorio de conductas desde la infancia. Las conductas de evitación asociadas se manifiestan notablemente a nivel interpersonal. Por ejemplo, estos sujetos tienden a evitar relacionarse con personas con las que existiría una mayor probabilidad de generar cambio; perpetuando sus patrones de interacción, el neurótico se encuentra con muchas experiencias que **confirman sus predicciones** y, por ende, su visión de sí mismo y del mundo.

Dada la visión cíclica, se ha de intervenir en primer lugar sobre los **factores que mantienen el problema**; además, **promover la comprensión** de la persona sobre su **conflicto** y **su participación** en las condiciones mantenedoras puede ser de gran interés.

En definitiva, el mérito de la propuesta terapéutica de Wachtel está en el hecho de postular las **técnicas conductuales** como **fuentes de nuevos insights** (a la vez que estos pueden generar nuevas conductas).

3.1.2. Mardi Horowitz

Los **trastornos mentales** se corresponden bien con los **estados mentales displacenteros** provocados por la **activación de esquemas del yo** o **de modelos de relación** antes latentes, o bien con el uso persistente de modelos de relación disfuncionales, lo que conlleva diferentes modos de discrepancia entre las situaciones a las que realmente se enfrenta el sujeto y los modelos con los que las entiende. Las pautas disfuncionales comprenden los siguientes elementos:

- 1) **Estados mentales.** Pautas de experiencia y comportamiento que pueden clasificarse en *normomodelados*, *inframodelados* (o de falta de control) y *sobremodelados* (o donde el sujeto aparece excesivamente irónico, acorazado o artificioso).
- 2) **Organización del yo.** Incluye *autoconcepto*, *autoesquema* y *autoorganización*.
- 3) **Modelos de relación y rol.** Se estructuran organizando tres elementos: *deseo*, *respuesta del otro* y *respuesta del yo*.

Estos elementos configuran, a modo de **guion**, una **pauta probable de interacción interpersonal** que pone en relación esquemas sobre el yo y los otros. En definitiva, son modelos de relación de roles con un particular concepto de uno mismo, concepto de un objeto, objetivo de uno mismo respecto al otro y expectativas sobre las intenciones, objetivos y respuestas de las otras personas.

La **terapia** se encamina a la **toma de conciencia** de los **esquemas disfuncionales** y su **sustitución** por otros más adecuados a las situaciones reales. Además, Horowitz prefiere hablar de **experiencia relacional correctiva** o de **experiencia de aprendizaje nuevo**, más que de experiencia emocional correctiva.

3.2. INTEGRACIÓN TEÓRICA AMPLIA

Articula distintos aspectos del funcionamiento humano (cognitivos, emocionales, conductuales, interpersonales) provenientes de conceptualizaciones de **diferentes psicoterapias**, apoyándose en los avances de la **psicología social y cognitiva**, lo que permite la elaboración de enfoques con una mayor conexión entre la psicología académica y la psicoterapia. **Guidano y Liotti** (1985), **Horowitz** (1991), **Mahoney** (1991), **Greenberg y Safran** (1987) realizan los intentos más destacados en este campo.

Fernández-Álvarez (1992) toma como punto de referencia la **psicología cognitiva** atendiendo a su doble vertiente (**procesos humanos y constructivismo**). Integra las aportaciones constructivistas de Feixas y Villegas (1990), Guidano (1991) y Mahoney (1991) con el saber psicodinámico sobre el inconsciente, y con el procesamiento emocional (Greenberg & Safran, 1987), contemplando al mismo tiempo aspectos interaccionales. De esta forma, Fernández-Álvarez presenta una descripción de las **fases de la evolución del self** a lo largo del **ciclo vital** en términos de la evolución de las **estructuras de significado**. A su vez, describe diferentes **modalidades de cambio** desde una óptica evolucionista y distintos tipos de abordaje en función del análisis de la demanda. Finalmente, aporta elementos para proponer un tratamiento breve, intermedio o sin límite de tiempo, así como para seleccionar un determinado tipo de técnicas.

Guidano y Liotti (1983) destacan el papel de la **vinculación temprana** con una **figura de apego** en el desarrollo del autococonocimiento al proporcionar un marco en el que el niño integra la información acerca de sí mismo y del mundo. La teoría del apego de Bowlby es útil en la comprensión del desarrollo cognoscitivo de la persona. El **crecimiento** es concebido como una serie de **pasos progresivos de reorganización** del autoconocimiento hasta la adolescencia (operaciones formales de Piaget), determinado por el **desarrollo metacognitivo** o el progresivo distanciamiento entre el pensamiento y la experiencia inmediata (Flavell, 1979). Para estos autores, la **relación terapéutica** constituye un instrumento fundamental que pretende ser un **vínculo reconstitutivo** que permita un estilo relacional más sano en el paciente.

3.3. INTEGRACIÓN METATEÓRICA

Pretende la articulación de **diferentes teorías** psicoterapéuticas bajo un **marco común metateórico**.

El **Integracionismo Teórico Progresivo** (Neimeyer & Feixas, 1990) propone limitar la síntesis teórica y técnica a aquellos **enfoques que sean epistemológicamente compatibles** (PIR 21, 164); de esta forma, trata de superar las posibles contradicciones filosóficas y teóricas con las que se encuentra la integración teórica al intentar combinar enfoques radicalmente opuestos en muchos aspectos. Los autores de esta propuesta sostienen que la epistemología **constructivista** puede ser un marco metateórico idóneo para la integración porque, entre otras cosas, existe cierta tendencia al constructivismo en diferentes modelos, por su alto grado de abstracción y flexibilidad o por el **lenguaje** y la **estructura** que ofrece la metateoría constructivista y que pueden ser especialmente adecuados para facilitar los esfuerzos hacia una **convergencia transteorética**. Por último, cabe destacar que el carácter multidisciplinar de la epistemología constructivista también sería un factor favorable para llevar a cabo esta forma de integración.

El **integracionismo evolutivo o asimilativo** (Messer, 1991) propone que se promueva la integración de tal forma que encaje en un contexto teórico más amplio de orientación **psicodinámica**.

RECUERDA

- ◆ La **integración teórica** se caracteriza por integrar **dos o más teorías** con la esperanza de que el resultado de su unión sea mejor que cada una de las técnicas por separado.
- ◆ La **integración teórica híbrida** integra teorías y prácticas correspondientes a **dos enfoques** terapéuticos ya establecidos (p. ej. Psicoterapia Psicodinámica Cíclica de Wachtel).
- ◆ La **integración teórica amplia** articula distintos aspectos del funcionamiento humano (cognitivos, emocionales, conductuales, interpersonales) provenientes de conceptualizaciones de **diferentes psicoterapias** (p. ej. Guidano y Liotti).
- ◆ La **integración metateórica** pretende la articulación de **diferentes teorías** psicoterapéuticas bajo un **marco común metateórico** (p. ej. Integracionismo Teórico Progresivo de Neimeyer y Feixas).

4. LOS FACTORES COMUNES

La búsqueda de factores comunes supone identificar los **ingredientes que comparten la mayoría de las psicoterapias**, tanto a nivel clínico como teórico. El principal objetivo es la identificación de los **factores responsables del cambio terapéutico** en las diferentes psicoterapias, ya que las investigaciones en este campo han concluido que **no existe una eficacia diferencial** entre ellas; en general, son similarmente efectivas y los factores comunes pueden explicar el 30% de la varianza implicada en dicha eficacia.

En cualquier caso, el hecho de que determinada psicoterapia funcione para abordar un trastorno mental específico no agota la cuestión sobre **cómo se ha producido dicho efecto** (PIR 24, 108).

En los años treinta se desarrollaron las primeras propuestas relacionadas con los factores comunes, pero no fue hasta los setenta y ochenta cuando aparecieron contribuciones más sistemáticas y numerosas.

Rosenzweig (1936) publicó uno de los primeros artículos sobre los factores comunes, destacando la capacidad del terapeuta para **inspirar esperanza** y para proporcionar **una visión alternativa** del self y del mundo como factores que, a su juicio, podían explicar la efectividad de distintas psicoterapias.

Más adelante, **Alexander y French** (1946) propusieron la **experiencia emocional correctiva** (reexponer al paciente, en circunstancias más favorables, a situaciones emocionales que no pudo manejar en el pasado) como un proceso común de las psicoterapias.

Pocos años después, **Fiedler** (1950) solicitó a terapeutas de distintas escuelas y niveles de experiencia que describieran los componentes que consideraban ideales para una relación terapéutica; los terapeutas expertos de diferentes orientaciones coincidieron más entre sí que los principiantes de la misma escuela.

Por su parte, **Rogers** (1951, 1957) defendía que la psicoterapia era efectiva, no tanto por las técnicas empleadas, sino por el tipo de **relación humana** que se establece particularmente con el cliente.

Jerome Frank, en su obra **Persuasión y curación** (1961), llevó a cabo la primera formulación de sus factores comunes basándose en el análisis de las similitudes existentes en **varios procesos de influencia**: la **psicoterapia**, el **efecto placebo**, el **lavado de cerebro** y la **curación por la fe** en diferentes culturas; es decir, en general, Frank defiende que la psicoterapia representa, con ligeras modificaciones, la actualización de procedimientos de curación psicológica muy antiguos. Concretamente, plantea que la psicoterapia es una forma de **influencia social** cuyo aspecto central es su **capacidad para reducir la desmoralización**.

A continuación, se expone una tabla basada en la información que recogen Feixas y Miró (1993) sobre los **seis factores comunes** para todas las psicoterapias descritos por **Frank** (1961), cuya propuesta permanece como referencia hasta nuestros días:

Factores comunes (Frank, 1961)
1. Una relación de confianza de cierta carga emotiva con el profesional de ayuda. Presenta cierta carga emocional porque el cliente se ve afectado por algún trastorno o malestar y, a veces, busca ayuda desesperadamente. La confianza existente es intrínseca a la psicoterapia.
2. Una explicación racional que da cuenta de los problemas del cliente y de los métodos de tratamiento para su solución, contribuyendo a la reducción del estado de sufrimiento del cliente. Paradójicamente, el contenido de la explicación racional no parece ser crucial; es más importante la confianza que muestra el terapeuta en lo que dice y hace que sus formulaciones teóricas o los procedimientos aplicados en el tratamiento.
3. Proporcionar nueva información acerca del origen y la naturaleza de los problemas del cliente y de las formas de tratarlo. No se basa en el aprendizaje preciso de una explicación específica del problema, sino en una descripción coherente, lógica y que proporciona cierta luz.
4. La esperanza del cliente de encontrar ayuda en el terapeuta. La elección de un profesional u otro no es accidental; a menudo, el cliente conoce determinadas características personales del terapeuta, así como su estatus profesional. Además, el mero hecho de que el terapeuta acepte a un cliente para llevar a cabo un tratamiento indica que tiene confianza en que la mejoría es posible.
5. Una oportunidad para tener experiencias de éxito en el curso de la terapia y, en consecuencia, fortalecer la sensación de dominio, ya que, a menudo, los clientes inician la terapia con la idea de que sus logros son depreciables y las posibilidades de éxito escasas.
6. La facilitación de la activación emocional (PIR 23, 134). Probablemente, la psicoterapia vacía de emociones no produce efectos; sin embargo, a través de la activación del <i>arousal</i> emocional, un cliente puede descubrir los sentimientos que son centrales para comprender su experiencia en relación con sus problemas.

Frank defiende que todos los problemas psicológicos comparten, independientemente del diagnóstico que reciban, una **desmoralización**; es decir, un estado en el que uno se siente desanimado, desconcertado, confuso, desvalido, sin saber qué hacer o tener capacidad para hacer algo. De esta forma, tomando como referencia Ávila, Rojí y Saúl (2004) y Fonseca (2021), Frank distingue **cuatro factores comunes de naturaleza estructural**:

- **Relación interpersonal de confianza** y con **contenido emocional** que se establece entre el cliente y el terapeuta (que actúa como **agente “sanador”**). Se trata de una relación asimétrica basada en el hecho de que el cliente es una persona con una fuerte necesidad de ayuda y el terapeuta, gracias a su cualificación, un profesional capaz de proporcionarla. Además, es importante destacar que la **alianza terapéutica** es necesaria y, a menudo, una condición suficiente para mejorar en cualquier tipo de psicoterapia.
- **Escenario** (delimitado por unas claves espaciotemporales determinadas) y **entorno “sanador”** donde tiene lugar el tratamiento. Según Frank, el sitio clínico o “ambiente de cura” tiene dos funciones terapéuticas: afirmar el **prestigio** del profesional y reforzar las **expectativas** del cliente en cuanto a la ayuda que va a recibir, así como representar un **lugar seguro** donde poder hablar sin censura y plantear alternativas vitales sin compromiso ni consecuencias fuera del contexto clínico.
- **Esquema conceptual, razón o mito (rationale)** capaz de ofrecer una **explicación plausible** de las dificultades que expresa el cliente y del procedimiento a seguir (ritual) para enfrentarse a ellas. Para que el cliente esté de acuerdo, la propuesta debe ser congruente con su visión del mundo.
- **Ritual, procedimiento** o conjunto de acciones terapéuticas cuyo objetivo es restaurar la salud (PIR 19, 61); de hecho, es característico que, durante el proceso de cambio, exijan el **esfuerzo** y la **participación activa**, tanto del paciente como del terapeuta, y que ambos lo consideren el medio adecuado para restaurar la salud. Sirve como vehículo para mantener la alianza terapéutica y transmitir la influencia del terapeuta.

Goldfried (1982) sugiere que la búsqueda de factores comunes resulta aún más prometedora a un nivel intermedio entre la teoría y la práctica, al nivel de las estrategias utilizadas por terapeutas de distintas orientaciones.

Finalmente, según **Lambert** (1992), las variables que influyen en el **resultado de la psicoterapia** son:

CAMBIO EXTRATERAPÉUTICO (PIR 23, 113)	40%	Factores que forman parte del paciente (p. ej., personalidad) o de su entorno (p. ej., apoyo social), contribuyendo a la mejoría independientemente de la psicoterapia.
FACTORES COMUNES (PIR 16, 155)	30%	Conjunto de variables que, independientemente de su orientación teórica, pueden encontrarse en muchas terapias.
EXPECTATIVAS, EFECTO PLACEBO	15%	Proporción de cambio resultante de que el paciente sepa que va a recibir ayuda, derivada de la credibilidad de las técnicas o explicaciones específicas.
TÉCNICAS	15%	Procedimientos específicos de una psicoterapia (por ejemplo, interpretación o <i>biofeedback</i>).

Recientemente, **Norcross y Lambert** (2019) han presentado una **nueva propuesta** explicativa de los factores que contribuyen a la varianza de los resultados en psicoterapia. En comparación con el anterior modelo, destaca el reconocimiento de un **porcentaje de varianza que no se puede explicar (35%)**.

VARIANZA NO EXPLICADA (Efecto placebo, cambios extraterapéuticos, varianza error...)	35%
CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE (PIR 22, 191) (Motivación al cambio, gravedad del trastorno...)	30%
ALIANZA TERAPÉUTICA	15%
MÉTODO DE TRATAMIENTO ESPECÍFICO	10%
EFFECTOS DEL TERAPEUTA	7%
OTROS FACTORES	3%

Por último, se expone una tabla extraída de Fonseca (2021) que recoge una propuesta de Lambert (2013) en la que agrupa numerosos **factores comunes** en tres categorías distintas con el objetivo de ejemplificar el **orden secuencial** hipotético que tendría lugar, idealmente, durante el proceso terapéutico; por ejemplo, una sólida alianza permitiría trabajar con material sensible, pudiendo cristalizar así en una *experiencia emocional correctiva* que, a su vez, podría favorecer que los pacientes afrontaran sus temores.

FACTORES DE APOYO	FACTORES DE APRENDIZAJE	FACTORES DE ACCIÓN
Catarsis / liberación de tensión	Orientación	Exposición a miedos
Mitigar el aislamiento	Reexperiencia afectiva	Habilidades de dominio cognitivo
Estructuración / organización	Asimilación de experiencias problemáticas	Fomento de la experimentación a través de otras conductas
Relación positiva	Aprendizaje cognitivo	Asumir riesgos
Espacio seguro	Experiencia emocional correctiva	Esfuerzos de tolerancia emocional
Espacio de apoyo	<i>Feedback</i>	Modelado
Identificación con el terapeuta	<i>Insight</i> / experiencia afectiva	Práctica reflexiva
Alianza terapéutica	Explicación, justificación del tratamiento	Pruebas de realidad
Participación activa del clínico / paciente	Exploración del marco interno de referencia	Experiencias de éxito
Reconocimiento de la pericia del clínico	Cambio en las expectativas de efectividad personal	Procesando experiencias terapéuticas
Calidez, respeto, empatía, aceptación y autenticidad del clínico Confianza / exploración abierta	Reestructuración de percepciones personales	Regulación emocional y conductual

4.1. LOS FACTORES COMUNES Y LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS BASADOS EN LA EVIDENCIA

Desde el punto de vista profesional y ético, debe primar la **toma de decisiones informadas**; es decir, los profesionales de la psicología deben ser plenamente conscientes y comprender que cualquier decisión que tomen tiene que estar fundamentada en las evidencias científicas disponibles. En ese sentido, el Código Deontológico del Psicólogo resalta en los artículos 17 y 18 la importancia de estar profesionalmente preparado y especializado en el uso de métodos, instrumentos, técnicas y procedimientos, así como la necesidad de utilizar métodos y técnicas que hayan sido suficientemente contrastadas (dentro de los límites del conocimiento científico vigente). En general, resulta fundamental tener **acceso y conocimiento de las novedades** técnicas existentes para los diferentes problemas psicológicos, así como partir de un **enfoque colaborativo** en la medida de lo posible.

Como alternativa al modelo biomédico aplicado a la psicoterapia, el **modelo contextual** se presenta como un planteamiento contemporáneo donde el tratamiento psicológico se interpreta como una “receta” cuyos ingredientes corrigen **déficits concretos identificables** en los trastornos mentales y donde destacan tres elementos:

- 1) **Relación real entre clínico y paciente;** es decir, una interacción personal e íntima donde ambos se expresan genuinamente y que el paciente percibe como una experiencia interpersonal beneficiosa. Esta relación proporciona al paciente la conexión con una persona empática y preocupada por su bienestar.
- 2) **Expectativas de resultado** o esperanza del cliente, que confía en que los medios utilizados por el clínico, que es socialmente reconocido como un experto, sirvan para resolver sus problemas.
- 3) **Procedimientos técnicos,** acciones y comportamientos saludables que favorecen la recuperación del paciente.

Por otra parte, el objetivo de la denominada **psicología basada en la evidencia científica** es legitimar teorías y tratamientos que presenten pruebas empíricas que respalden sus resultados. Así, en general, los **tratamientos psicológicos empíricamente apoyados** lo son para un problema psicológico concreto; no obstante, también pueden ser objeto de esta condición determinadas **variables transdiagnósticas** (p. ej., perfeccionismo, ira, sensibilidad a la ansiedad) u otros fenómenos que requieren atención psicológica como la conducta suicida.

La **aproximación transdiagnóstica** ayuda en la comprensión, evaluación, prevención e intervención de los problemas psicológicos. Se basa en **procesos psicopatológicos compartidos** (mecanismos causales comunes) que están en la base del inicio y mantenimiento de determinados problemas (p. ej., trastornos emocionales, trastornos de la conducta alimentaria, etc.). Se han desarrollado tratamientos transdiagnósticos, como el protocolo unificado de Barlow, que han demostrado su eficacia y utilidad clínica en una amplia variedad de contextos.

4.1.1. Tratamiento integrador para los trastornos mentales graves de Livesley, Dimaggio y Clarkin (2016)

En el marco de los tratamientos psicológicos para los trastornos del espectro psicótico, resulta preciso atender al **proceso psicoterapéutico** (Inchausti, Sánchez-Reales & Prado-Abril, 2019), ya que el objetivo es la **recuperación** del paciente con psicosis, pero presenta dificultades significativas definir qué es la recuperación, puesto que intervienen diferentes variables, como la ausencia de síntomas, nivel de funcionalidad o lograr una visión integrada de sí mismo.

Para abordar los trastornos psicóticos es necesario un **modelo conceptual comprensible y práctico**, por lo que Livesley (2012) establece 3 niveles de análisis:

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL TRASTORNO PSICÓTICO	Síntomas positivos, negativos y desorganizados; alteraciones psicomotoras; déficits neurocognitivos (se incluyen cognición social y metacognición); sintomatología afectiva y alteraciones en el funcionamiento personal, social y ocupacional. También se presta atención a características específicas como la situación socioeconómica, el contexto familiar, el estigma y otras como el estado general de salud o la comorbilidad.
RASGOS DE PERSONALIDAD	Se establecen cuatro categorías: ansiosos/dependientes/desregulados, antisociales, evitativos y obsesivo-compulsivos. Se incluyen síntomas como la disforia o las autolesiones, los estilos de afrontamiento, los modos de regulación y la modulación emocional, así como los problemas interpersonales y los problemas de identidad.
ESQUEMAS INTERPERSONALES	Organizan, codifican y evalúan la información sobre nosotros mismos, los demás y el mundo. Aparecen como creencias nucleares sobre el sí mismo, los otros y el mundo, influyendo en gran medida sobre las dificultades pasadas, presentes y futuras. Young et al. (2003) proponen 18 esquemas desadaptativos que podrían agruparse en las siguientes dimensiones: <i>desconexión y rechazo, perjuicio en la autonomía y desempeño, límites inadecuados, tendencia hacia el otro e inhibición y sobrevigilancia.</i>

En esta línea, desde una **perspectiva transdiagnóstica y pragmática**, se diferencia entre las **técnicas particulares** aplicadas **en una fase del tratamiento** y las **fases generales** por las que atraviesa el tratamiento en sí. Las técnicas específicas han de seleccionarse siempre en coherencia con los objetivos de cada fase de tratamiento.

Las **fases de tratamiento** se dividen, además, en **módulos de tratamiento general** basados en mecanismos de cambio comunes a todas las terapias efectivas y, al mismo tiempo, en **módulos de tratamiento específicos**, que serían intervenciones elegidas de todas las terapias para trabajar sobre los déficits específicos asociados a un dominio concreto.

La prioridad es **garantizar la seguridad** del paciente y su entorno. Una vez que se logra, para construir una alianza terapéutica adecuada y favorecer la motivación del paciente al tratamiento, se procede a la **intervención sobre los módulos generales**. Posteriormente, se aplican los **módulos específicos** de forma **jerarquizada**. En este sentido, se pueden enumerar las siguientes **fases del cambio**: **seguridad, contención, regulación y modulación, exploración y cambio** y, finalmente, **integración y síntesis**.

Se han recomendado **seis principios generales para promover el cambio** en los **trastornos mentales graves**, aludiendo cuatro de ellos a la relación terapéutica y dos a aspectos instrumentales (Livesley, Dimaggio & Clarkin, 2016):

- 1) **Estructura**. Definir de forma clara la estructura básica del tratamiento, especificando el modelo conceptual en el que se basa, el encuadre terapéutico y el contrato explícito de tratamiento.
- 2) **Alianza terapéutica**. Establecerla y mantenerla, monitorizándola si es preciso. Se busca una correcta alianza para un tratamiento colaborativo.
- 3) **Consistencia**. Mantener un tratamiento constante.
- 4) **Validación**. Promoverla.
- 5) **Motivación y monitorización del cambio**. Mantener una correcta motivación y compromiso con el cambio, incluyendo *feedback* sobre los progresos de la terapia. También resulta útil incluir *feedback* de otros informantes cercanos al paciente que puedan señalar mejoras en áreas que pueden ser más difíciles de identificar para el propio paciente.
- 6) **Metacognición**. Promover autoobservación, autoconocimiento y autorreflexión (PIR 20, 146).

4.2. LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

La **práctica basada en la evidencia** integra la **mejor evidencia** disponible con la **pericia clínica** en el contexto de las **características, cultura y preferencias** del paciente (PIR 23, 62).

Los tratamientos con apoyo empírico se enfrentan a una realidad asistencial que rara vez se ajusta a las condiciones experimentales de validación de tratamientos. Con el objetivo de paliar este problema y cubrir la brecha entre la investigación y la práctica clínica se ha propuesto el concepto de **evidencia basada en la práctica** (PIR 24, 138), un complemento a la práctica basada en la evidencia, pero más enfocado en la **efectividad** que en la eficacia; es decir, su objetivo es obtener conocimiento científico de la práctica diaria de los clínicos, monitorizar los resultados de los centros de salud mental, identificar subgrupos de poblaciones y hallar los tratamientos más adecuados para cada uno de ellos, así como generar redes de investigación orientadas por la práctica (Barkham & Mellor-Clark, 2003).

4.2.1. Relación terapéutica basada en la evidencia

El estudio de las **relaciones terapéuticas basadas en la evidencia** (Norcross & Wampold, 2019) se considera parte del paradigma de los **factores comunes** porque trata de identificar los elementos de la alianza que, independientemente del tratamiento, influyen en los resultados.

A continuación, se expone una tabla extraída de Fonseca (2021) que recoge el nivel de eficacia asociado a los elementos de la relación terapéutica y los métodos de adaptación.

NIVEL DE EFICACIA	ELEMENTOS DE LA RELACIÓN	MÉTODOS DE ADAPTACIÓN
Eficaz	Alianza (con adultos)	Cultura (raza/etnia)
	Alianza (niños y adolescentes)	Religión/espiritualidad
	Alianza en terapia de pareja y familiar	Preferencias del paciente
	Colaboración Consenso en las metas Cohesión (terapia grupal) Consideración positiva y afirmación Obtención y uso de <i>feedback</i> (PIR 22, 190)	
Probablemente eficaz	Congruencia/autenticidad (PIR 24, 88)	Nivel de reactividad
	Relación real Expresión emocional Cultivar expectativas de resultados positivas Promover la credibilidad del tratamiento Manejo de la contratransferencia Reparar rupturas en la alianza	Estadios de cambio Estilo de afrontamiento
Resultados prometedores, pero falta más investigación	Autorrevelaciones Inmediatez	Estilo de apego
Importante, pero todavía sin investigar		Orientación sexual Identidad de género

4.2.1.1. La alianza en terapia individual

La alianza terapéutica, según Bordin (1979), está formada por tres componentes: el **vínculo emocional** que une al clínico y al consultante, el **acuerdo** entre ambos con respecto a las **metas** del tratamiento y el **acuerdo** en las **tareas** que se llevarán a cabo para lograr los objetivos consensuados.

Algunas de las **recomendaciones** más importantes al respecto son formar y mantener la alianza a través de todo el curso de la psicoterapia, desarrollar pronto acuerdos sobre metas y tareas, actuar de forma adaptada a las capacidades del consultante y su estado motivacional durante las primeras sesiones, mostrar una actitud colaboradora tanto de forma verbal como no verbal, abordar de forma directa e inmediata cualquier ruptura en la alianza, interpretar cuidadosamente una posible discrepancia ante la evaluación de la alianza por parte de diferentes fuentes de información, evaluar de forma regular la solidez de la alianza desde la perspectiva del consultante y crear una formulación de caso individualizada que se adapte a los problemas y preferencias de cada persona.

4.2.1.2. La alianza terapéutica con niños y adolescentes

La terapia psicológica infantojuvenil tiene la particularidad de que, por lo general, las personas identificadas como pacientes **no suelen acudir por voluntad propia**; en este caso, son otros (padres, profesores, etc.) los que demandan una intervención para ellos, de ahí la importancia y el desafío de intentar convertir una situación inicialmente forzosa o involuntaria en otra en la que los niños/adolescentes se sientan comprendidos y comprometidos con el proceso terapéutico.

Las principales **recomendaciones** se basan en la necesidad de atender a las múltiples alianzas con todos los miembros de la familia, en el reconocimiento de las fortalezas y la colaboración de los padres durante el proceso terapéutico y en la adaptación de las acciones dirigidas a mejorar la alianza a características como el nivel de desarrollo, el género, la cultura o el estilo de apego del niño/adolescente, así como a las características propias de los progenitores.

4.2.1.3. Alianza en terapia de pareja y familiar

Destaca el concepto de **alianzas divididas**, circunstancias en las que la relación terapéutica de un miembro con el profesional es más fuerte que la que éste tiene con otro familiar. Se ha comprobado empíricamente que la presencia de **alianzas divididas** se asocia a peores resultados terapéuticos.

Como **recomendaciones**, destaca la importancia de tratar de implicar más a los miembros que se muestren más reticentes a la terapia, estar especialmente alerta a la fuerza de la alianza intrafamiliar o intrapareja y crear un espacio donde se sientan seguros y cómodos entre ellos (con cautela suficiente como para no crear alianzas con una de las partes que puedan dañar la alianza con otra de ellas).

4.2.1.4. Cohesión en terapia grupal

En el contexto de la terapia de grupo, el concepto de cohesión suele equipararse con el de alianza terapéutica. No obstante, es habitual distinguir la **cohesión horizontal** (relación entre los miembros del grupo) de la **vertical** (relación con el profesional). Además, la cohesión también puede hacer referencia al cumplimiento de una tarea determinada y a la conexión emocional entre los participantes de la terapia. La relación entre cohesión y resultados es mayor cuando el enfoque de los clínicos es de tipo interpersonal.

La **recomendación** más destacada se centra en el énfasis y fomento de la interacción de los miembros del grupo durante las sesiones; en ese sentido, la terapia es más eficaz cuando el clínico se preocupa por lograr que las personas que participan en el grupo interactúen en dicho contexto.

4.2.1.5. Empatía

Carl Rogers (1957) describió tres características que, para él, representaban las condiciones necesarias y suficientes para que una terapia fuera exitosa: **comprensión empática**, consideración positiva y autenticidad. Por su parte, Elliot et al. (2018) realizaron un metaanálisis sobre la empatía en psicoterapia cuyos resultados arrojaron que ésta es capaz de explicar el **9% de la varianza** de los resultados. Aun así, para que la empatía ejerza su influencia en el proceso terapéutico, el clínico debe mostrar que ha comprendido a su cliente de tal forma que éste lo capte. Se desaconsejan conductas como interrumpir, no mantener el contacto ocular o tratar de imponer el punto de vista del profesional.

Para un uso eficaz de la empatía como instrumento terapéutico, sobresalen las siguientes **recomendaciones**: esforzarse por comprender la experiencia de los consultantes y demostrarlo mediante respuestas que aborden sus necesidades, utilizar diferentes formas de respuestas empáticas (comprensión, validación, respuestas evocadoras, etc.), mostrar empatía en un contexto de preocupación auténtica, de forma genuina y con consideración positiva, ayudar a poner palabras a las emociones y adaptar las respuestas a las características de cada persona.

4.2.1.6. Consideración positiva

Esta variable está relacionada con el **respeto** y la **afirmación** de la persona que acude a terapia. No se refiere a tener que estar de acuerdo con sus valores, conductas o actitudes, sino a mostrar **aprecio** por el consultante en sí mismo, más allá de lo que hace o piensa. En general, llevar a cabo conductas relacionadas con la consideración positiva es aconsejable y, como mínimo, prepara el camino para otras intervenciones beneficiosas.

Entre las **recomendaciones** asociadas a la consideración positiva, por ejemplo, merece la pena destacar que cumple la función de reforzar el sentido de confianza en sí mismo del consultante, actuando como refuerzo de conductas deseables.

4.2.1.7. Autenticidad

La autenticidad, también conocida como congruencia, tiene que ver con la capacidad del clínico de ser **consciente** de sí mismo, estar totalmente **presente** en el encuentro con el paciente y demostrarlo mediante hechos y palabras; en otras palabras, se trata de ser **honesto** con su estilo y forma de ser.

Parece desempeñar un papel importante la experiencia clínica: los profesionales **más experimentados** suelen mostrarse **más auténticos** que los novatos.

Algunas de las **recomendaciones** basadas en la evidencia son: tratar de conectar genuinamente con los pacientes, estar abierto, aceptar lo que uno siente durante las sesiones y utilizar esta información cuando pueda resultar útil, así como identificar el propio estilo personal y adaptarlo a las características de cada persona.

4.2.1.8. Acuerdo en los objetivos y colaboración

El concepto de **acuerdo en los objetivos** hace referencia a un acuerdo y compromiso entre consultante y especialista sobre las metas de intervención y los métodos a utilizar, un acuerdo sobre cuál es el problema y el grado en el que se discuten y especifican de forma concreta los objetivos. El éxito o fracaso de un proceso psicoterapéutico depende, en gran parte, de la aceptación o no de determinados objetivos.

Por otra parte, la **colaboración** es un proceso activo en el que profesional y paciente trabajan juntos para alcanzar los objetivos, implicándose mutuamente en una relación de ayuda. Un indicador claro de que la colaboración está presente es el hecho de que un paciente complete las tareas asignadas entre sesiones.

Las **recomendaciones** clínicas basadas en la evidencia que proponen algunos autores para ambas variables hacen referencia a comenzar a trabajar en los problemas sólo después de llegar a acuerdos sobre objetivos y tareas, animar al paciente a completar las tareas entre una sesión y otra, así como modificar el método y la actitud relacional en respuesta al *feedback* que proporcione el paciente. En este sentido, preguntar a los pacientes al final de cada sesión qué opinan del método terapéutico, si las sesiones les resultan útiles y si se sienten comprendidos es un ejemplo de obtención de *feedback* sobre el proceso terapéutico (PIR 25, 79).

4.2.1.9. La relación real

Es la relación personal entre terapeuta y paciente caracterizada por el grado en el que cada uno es genuino con el otro y percibe/experimenta a la otra persona de forma adecuada a como se muestra; es decir, implica que psicólogo y consultante se perciban de forma **real** (sin distorsiones causadas por conflictos que puedan tener) y **genuina** (mostrando su forma de ser de manera honesta, sin fingir). Se ha encontrado una asociación positiva entre la relación real y los resultados en psicoterapia.

Algunas de las **recomendaciones** más importantes al respecto se centran en llevar a cabo acciones que permitan captar de forma empática la experiencia interna del consultante, en gestionar de forma eficaz la contratransferencia y en compartir reacciones personales con el paciente (autorrevelaciones realizadas en el momento adecuado que sean suficientemente relevantes para sus necesidades).

4.2.1.10. Autorrevelaciones e inmediatez

Un terapeuta lleva a cabo una **autorrevelación** cuando comparte verbalmente **información personal** con un paciente. Se produce en momentos determinados de la terapia y con una intención terapéutica (puede buscar normalizar una situación, mostrar comprensión empática, modelar ciertas conductas, etc.). La **metacomunicación**, por ejemplo, se considera un tipo de autorrevelación (PIR 24, 100).

Por su parte, el término **inmediatez** tiene que ver con intercambios verbales en el contexto terapéutico referidos a circunstancias relacionadas con la relación terapéutica que están teniendo lugar en ese mismo instante (p. ej., actos del terapeuta dirigidos a facilitar la expresión de ciertos sentimientos).

El uso de autorrevelaciones y de la inmediatez se asocia a **mejores relaciones terapéuticas**.

Se han propuesto ciertas **recomendaciones**, como usar las autorrevelaciones de forma cuidadosa, estratégicamente y con la intención de ayudar al paciente, anticipando su respuesta (por eso es importante que la alianza sea sólida) y la probabilidad de que éstas resulten útiles. A su vez, se recomienda que se empleen pocas veces, que se haga de forma breve, aportando pocos detalles y centrándose en las similitudes entre el clínico y el paciente, pero sin dejar de observar la reacción de este último para evaluar la eficacia y plantearse si es apropiado volver a utilizarlas con la misma persona.

4.2.1.11. Expresión emocional

La expresión de determinadas **emociones** en momentos específicos del proceso terapéutico ha demostrado ser un factor relevante que puede asociarse a buenos resultados en psicoterapia; de hecho, Peluso y Freund (2018) hallaron una **correlación significativa** entre los resultados terapéuticos y la expresión emocional (tanto la del paciente como la del clínico).

Las **recomendaciones** clínicas asociadas reflejan que deben aprovecharse las oportunidades que aparezcan en sesión para ayudar a las personas a expresar y procesar emociones relevantes para los objetivos terapéuticos y evitar conductas que inhiban o dificulten la expresión emocional (p. ej., criticar, interpretaciones dogmáticas, etc.), incluido el terapeuta, que no debería evitar mostrar sus emociones.

4.2.1.12. Cultivar expectativas de resultado positivas

Las expectativas de resultado representan un factor diferente a la motivación o a la credibilidad que se le da al tratamiento, ya que una persona puede estar muy motivada para cambiar, confiar en la validez del método terapéutico y, sin embargo, no esperar que el resultado sea positivo. Se ha demostrado que, **cuanto mayores son las expectativas de la persona, mejores son los resultados terapéuticos**, independientemente del tipo de tratamiento en el que se base.

Conviene tener en consideración las siguientes **recomendaciones**: evaluar explícita y regularmente las expectativas antes o al comienzo de la terapia (y posteriormente); si hay bajas expectativas, prestar especial atención a la relación terapéutica, porque son casos con probabilidades de no obtener buenos resultados; evaluar características transdiagnósticas del paciente que puedan estar asociadas a bajas expectativas y tomar decisiones clínicas en función de ellas; o utilizar estrategias de persuasión que expliquen la eficacia potencial de la terapia (referirse a los estudios que la avalan, mencionar casos similares tratados con éxito, etc.).

4.2.1.13. Favorecer la credibilidad del tratamiento

La psicología social ha demostrado que es más probable que sigamos unas indicaciones de una persona a la que consideramos creíble, entre otras cosas porque **confiamos** en que es alguien que sabe lo que dice y transmite un **mensaje verídico**; algo similar ocurre con los tratamientos psicológicos.

Como **recomendaciones** para aplicar en la práctica clínica, destacan la valoración de la credibilidad que el paciente otorga al tratamiento (de forma verbal o mediante cuestionarios) y el diálogo sobre los aspectos que no le resultan convincentes de la terapia. De hecho, en caso de detectar una baja credibilidad, se recomienda llevar a cabo los cambios oportunos: por ejemplo, modificar el método, derivar a otro compañero o flexibilizar la intervención.

4.2.1.14. Manejo de la contratransferencia

En los inicios de la terapia psicoanalítica, la contratransferencia se entendía como un proceso indeseable del que debía estar desprovisto el terapeuta eficaz. Actualmente, hace referencia a las **reacciones internas y externas** que experimentan los **profesionales** ante los pacientes y que implican “conflictos no resueltos”. Hayes et al. (2018) concluyen que las reacciones contratransferenciales se asocian a **peores resultados terapéuticos**, mientras que un mejor manejo de ésta se asocia a mejores resultados; es decir, el clínico eficaz no es el que nunca se siente irritado, molesto, ansioso o seducido frente a un paciente, sino el que es capaz de lidiar con esas emociones y reacciones difíciles de tal forma que logra que no interfieran negativamente en la terapia.

Las **prácticas recomendadas** por Hayes et al. (2018) para manejar la contratransferencia son: trabajar las reacciones de contratransferencia internas (no dejándose llevar por ellas); establecer el hábito de observarse a uno mismo (de forma honesta e imparcial); trabajar en la salud del profesional (incluyendo los límites saludables con los pacientes, así como el autocuidado); en caso de que se identifiquen problemas crónicos con conductas de contratransferencia, la terapia personal puede ser una opción a considerar; contar con sesiones de supervisión clínica frecuentes; reconocer el error cometido cuando uno reacciona inadecuadamente en sesión (sin entrar en detalles sobre el supuesto “conflicto interno” relacionado con dicho error); y realizar prácticas regulares de meditación.

4.2.2. Pericia clínica

Se considera que los **efectos del terapeuta** explican un **5-8% de la varianza** de los resultados. De hecho, este porcentaje es **mayor cuando los casos son más graves**, de modo que los **supershinks** o **superloqueros** obtienen resultados tres veces superiores al rendimiento medio y un menor porcentaje de abandonos prematuros; además, precisan un menor número de sesiones para conseguir los objetivos terapéuticos (Prado-Abril, 2019).

HABILIDADES INTERPERSONALES DEL TERAPEUTA QUE FACILITAN EL CAMBIO (PIR 23, 131)



4.2.3. Características, preferencias y cultura del consultante

Alude a factores de personalidad, circunstancias psicosociales y preferencias sobre el tratamiento. Gassmann y Grawe (2006) sostienen que los psicoterapeutas más exitosos son los que prestan más atención desde la primera sesión a las **fortalezas** de los consultantes.

A continuación, se expone una tabla basada en la información que recoge Fonseca (2021) al respecto:

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Nivel de funcionalidad y comorbilidad	<ul style="list-style-type: none"> – Cuanto más bajo es el funcionamiento premórbido, menor beneficio potencial de la psicoterapia. – El nivel de angustia pretratamiento es mejor predictor del resultado que el diagnóstico, la cronicidad o el tipo de población (PIR 24, 086). – La disponibilidad de apoyos psicosociales y cuidados médicos en pacientes con discapacidad moderada-grave influye en la efectividad. – Los pacientes con un trastorno de personalidad comórbido al problema que motiva la consulta tienden a beneficiarse menos de los tratamientos psicológicos (con la excepción de los TP de los clústeres A y C en pacientes con trastornos alimentarios).
Preferencias de actividad	<ul style="list-style-type: none"> – Tipo de tareas que los pacientes esperan realizar con su terapeuta. – También pueden incluir deseos sobre el formato de intervención.
Preferencias del psicoterapeuta	<ul style="list-style-type: none"> – Características que los pacientes desean que tenga el profesional que les atiende. A menudo se encuentran relacionadas con las características sociodemográficas (p. ej., edad, género o etnia); no obstante, los pacientes suelen referir preferencias mayoritariamente vinculadas a las características de personalidad del clínico.
Preferencias de tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> – Deseos de los pacientes con respecto al tipo de intervenciones que quieren que se utilicen en el trabajo psicoterapéutico. – El tipo de preferencia más estudiado es la psicoterapia vs medicación; sin embargo, también pueden existir preferencias entre diferentes tipos de psicoterapia, así como entre psicoterapia y otras intervenciones. – Aunque las preferencias se relacionan con las expectativas del paciente, los estudios diferencian entre preferencias (lo que el paciente desea que ocurra a lo largo del tratamiento) y expectativas (lo que el paciente cree que ocurrirá a lo largo del tratamiento).

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Espiritualidad y religiosidad	<ul style="list-style-type: none"> – Cuando el tratamiento se adapta a las preferencias religiosas y espirituales de los pacientes, estos parecen beneficiarse más del tratamiento; en general, existe una relación positiva entre la religiosidad-espiritualidad y la salud física y mental. – Parece fomentar el sentido de pertenencia social, la conexión y el apoyo; el ajuste de los factores estresantes a través de la construcción de significados positivos ante la adversidad, el afrontamiento y la resiliencia; así como el desarrollo de la propia identidad mediante creencias y valores significativos. – Para otros individuos, sin embargo, la espiritualidad-religiosidad puede ser una fuente de conflicto y confusión, o actuar como un mecanismo de defensa ante conflictos psicológicos no resueltos.
Estilo de afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> – Expresa un rasgo de personalidad estable que predispone a actuar de una forma característica para adaptarse a entornos cambiantes e incontrolables, así como para reducir molestias anticipadas o resultantes. – El estilo de afrontamiento de una persona no en sí mismo patológico, ya que todas las personas, con o sin psicopatología, presentan diferentes estilos de afrontamiento; es decir, la mayoría presenta un estilo de afrontamiento preferido que les predispone a responder siempre de una forma particular. Aun así, si éste se vuelve extremadamente excesivo, variable o rígido, hasta el punto de aplicarse siempre de la misma manera y en todas las situaciones, puede convertirse en patológico. – Los pacientes con un estilo de afrontamiento externalizante (p. ej., alta impulsividad, gregarismo social, labilidad emocional y externalización de la responsabilidad) suelen evitar o escapar de situaciones estresantes o amenazantes y, cuando se enfrentan a ellas, suelen culpar a los demás o al entorno de su malestar o fracaso; por ello, parecen beneficiarse más de tratamiento centrados en la modificación de conducta y en la reducción de síntomas. – Los pacientes con un estilo de afrontamiento internalizante (p. ej., baja impulsividad, rumiación, alta introspección y elevada necesidad de control) tienden a enfrentarse a los cambios y amenazas culpándose a sí mismos; de esta forma, parecen beneficiarse más de los tratamientos centrados en fomentar el <i>insight</i> y la autoconciencia, es decir, intervenciones que fomentan la autorreflexión y la comprensión, el vínculo interpersonal y la autoestima.
Reactancia y participación activa	<ul style="list-style-type: none"> – La reactancia es una característica del paciente que se encuentra relacionada con el grado de tolerancia y aceptación de aquellas situaciones que limitan o coartan su libertad. – La participación activa se refiere al grado de compromiso activo y colaboración del paciente con las tareas que se le proponen a lo largo del tratamiento. En general, los pacientes que participan más activamente en el proceso terapéutico parecen beneficiarse más de la psicoterapia que aquellos que participan de forma menos activa. – La directividad (PIR 16, 153) se define como el grado en el que un terapeuta utiliza sugerencias, interpretaciones y tareas específicas para guiar los avances del paciente a lo largo del tratamiento. Los pacientes con niveles altos de reactancia se benefician más de tratamientos menos directivos (PIR 22, 186); mientras que aquellos con niveles más bajos de reactancia obtienen mayores beneficios con tratamientos más directivos. – Un metaanálisis reciente de Beutler et al. (2018) ha confirmado que los pacientes altamente reactivos obtienen mejores resultados cuando el profesional asume una postura reflexiva y no directiva.

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Conciencia del problema y motivación al cambio	<ul style="list-style-type: none"> – La motivación al cambio en psicoterapia se refiere al deseo general o voluntad de cambio de una persona en un momento específico. En general, los pacientes con una mayor motivación intrínseca al cambio parecen beneficiarse más de la psicoterapia que aquellos con una menor motivación intrínseca o una motivación exclusivamente extrínseca. – La literatura disponible sugiere que los tratamientos son más efectivos cuando las expectativas iniciales del paciente respecto a los beneficios potenciales de la intervención son altas. – Cuando los pacientes se sienten parte activa de los avances, su esfuerzo con el tratamiento aumenta, aprenden a razonar mejor sobre sí mismos y se abren a probar estrategias diferentes. – Los pacientes que se sienten agentes del cambio suelen valorar sentirse entendidos por su psicoterapeuta e involucrarse en una relación mutua y genuina. – El modelo transteórico de Prochaska y Diclemente, que conceptualiza la motivación (intrínseca) al cambio a lo largo de distintas etapas, ha demostrado ser muy útil para adecuar los tratamientos psicológicos al momento de cada paciente. Los pacientes que se encuentran en etapas avanzadas de preparación al cambio parecen beneficiarse más de la psicoterapia que aquellos que se encuentran en fases previas; es decir, cuanto más avanzado se encuentre el paciente en las etapas de cambio, mejores resultados en el tratamiento.
Estilo de apego	<ul style="list-style-type: none"> – El apego tiene que ver con la forma en la que los pacientes se relacionan con los demás y consigo mismos. – Los pacientes con un estilo de apego más seguro son los que más se benefician de la psicoterapia. – Un metaanálisis reciente ha encontrado que el estilo de apego pretratamiento del paciente predice el resultado de la terapia ($d = 0,35$); en este caso, los individuos con apegos más seguros / menos inseguros al inicio del tratamiento presentan mejor resultados. En general, la mejora postratamiento en la seguridad del apego se relaciona con resultados más favorables. – No obstante, todavía no existe ninguna investigación prospectiva que controle el estilo de apego de pacientes y clínicos.

En definitiva, con el objetivo de maximizar los potenciales beneficios del tratamiento, los clínicos deben adaptar su **estilo personal** a las preferencias del paciente. Esto implica que, en primer lugar, el clínico debe conocer cuál es su estilo para, posteriormente, ser capaz de adaptarse a las preferencias del consultante, principalmente en aquellas variables relacionadas con:

- 1) El tipo de encuadre preferido; de mayor **flexibilidad** a mayor **rigidez**.
- 2) El estilo de comunicación emocional preferido; de más **distante y formal** a más **próximo e íntimo**.
- 3) El estilo o modo preferido de escuchar, explorar y obtener información clínica relevante del paciente; desde una atención más **abierta** a otra más **focalizada**.
- 4) Y el modo de proceder e intervenir a nivel técnico; desde un estilo más **espontáneo** a otro más **pautado y estructurado**.

Por último, para facilitar la evaluación de las preferencias del paciente con respecto al grado de directividad, la intensidad emocional, la orientación al pasado (versus presente), la calidez y la focalización en objetivos específicos del terapeuta, cabe destacar que se han desarrollado instrumentos de medida como el **Inventario de preferencias** de **Cooper-Norcross** (2016) que, mediante 11 preguntas abiertas sobre las preferencias hacia el psicoterapeuta, las actividades y el tratamiento, permite mejorar significativamente la efectividad de un proceso terapéutico.

Asimismo, para evaluar la directividad, uno de los pocos instrumentos disponibles es la **Escala de calificación del proceso de terapia** de **Fischer et al.** (1995) que, a través de las puntuaciones otorgadas por observadores externos entrenados en la tarea, permite al clínico o supervisor valorar el grado de directividad del psicoterapeuta, de facilitación del cambio del paciente a través de la percepción/conciencia, de focalización en el cambio de los síntomas, de habilidad del terapeuta y de movilización al cambio.

4.2.4. La búsqueda de los principios de cambio

Más allá de un listado de tratamientos y técnicas o de factores comunes, algunos autores refieren la necesidad de hablar de **principios de cambio** que sirvan como directrices que guíen el trabajo clínico y no se adhieran a ningún tipo de planteamiento teórico específico. La propuesta de **Castonguay et al. (2019)**, por ejemplo, describe **38 principios de cambio** agrupados en **cinco categorías**, las cuales se muestran en la siguiente tabla basada en la información que recoge Fonseca (2021):

CATEGORÍAS Y PRINCIPIOS DE CAMBIO (Castonguay et al., 2019)	
Factores relacionados con el PRONÓSTICO DEL PACIENTE	Características de las personas asociadas a mejoría registrada tras el tratamiento ----- Nivel socioeconómico, estilo de apego, expectativas, motivación, gravedad del caso, etc.
Factores MODERADORES DEL PACIENTE (PIR 25, 78)	Características de las personas presentes antes de la terapia y que interaccionan con ella, influyendo en su eficacia ----- Preferencias del paciente, estilo de afrontamiento, etc.
Factores relacionados con VARIABLES DE PROCESO DEL PACIENTE	Conductas presentes durante la terapia que influyen en los resultados ----- Participación activa, resistencia a la terapia, etc.
Factores asociados a la RELACIÓN TERAPÉUTICA	Elementos de la interacción entre el paciente y el clínico que facilitan o interfieren con el cambio ----- Empatía del terapeuta, capacidad de reparar rupturas en la alianza, uso adecuado de autorrevelaciones, etc.
Factores relacionados con las INTERVENCIONES DEL TERAPEUTA	Conductas del clínico llevadas a cabo durante el tratamiento y que facilitan o dificultan el cambio ----- Flexibilidad, <i>feedback</i> , etc.

RECUERDA

- ◆ La búsqueda de **factores comunes** supone identificar los **ingredientes que comparten la mayoría de las psicoterapias**, tanto a nivel clínico como teórico; es decir, su objetivo es la identificación de los **factores responsables del cambio terapéutico** en las diferentes psicoterapias.
- ◆ **Jerome Frank** describió una serie de **factores comunes** para todas las psicoterapias.
- ◆ Las variables que influyen en el resultado de la psicoterapia (**Lambert, 1992**) son: **cambio extraterapéutico (40%)**; **factores comunes (30%)**; **expectativas, efecto placebo (15%)**; y **técnicas (15%)**.
- ◆ Una nueva propuesta de **Norcross y Lambert (2019)** ha actualizado los factores que contribuyen a la varianza de los resultados en psicoterapia: **varianza no explicada (35%)**, **características del paciente (30%)**, **alianza terapéutica (15%)**, **método de tratamiento específico (10%)**, **efectos del terapeuta (7%)** y **otros factores (3%)**.
- ◆ La **práctica basada en la evidencia** integra la mejor evidencia disponible con la pericia clínica en el contexto de las características, cultura y preferencias del paciente.
- ◆ **Castonguay et al. (2019)** describe **38 principios de cambio** agrupados en **cinco categorías**.

ESQUEMA DE CONTENIDOS

