

PSICOTERAPIA Y PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO DESDE UN PUNTO DE VISTA CONSTRUCTIVISTA

Javier Manjón González.

Centro de Salud Mental de La Ería, Oviedo.

xsacavera@hotmail.com

This paper aims to define the role and meaning of treatment protocols for psychotherapy. This objective requires (for) a definition of psychotherapy as a conjoint task where therapist and client are both active agents. The psychotherapist's task is not to handle the client's problems but to guide the client's action towards directions which allows him/her a better problem handling. This task can be accomplished by means of different conceptualizations, maps and schemata for action. But can not be defined under the extreme idea of treatment protocols as fixed patterns of therapist actions, which would be useful for methodological purposes, making possible replication and fitting with the philosophy of the Evidence Based Medicine approach by considering psychotherapy as a technique which works in an analogous way with respect to a drug, but fitting poorly with the behavior of the client as an active agent.

Keywords: Psychotherapy, protocols, psychological treatment, subject, constructivism.

Introducción

Este es un texto de teoría de la psicoterapia. De aquí no se desprende que sea poco práctico. Lo que se tratará son las nociones que ejercemos en la actividad psicoterapéutica y que la conforman. No nos centraremos en los contenidos de ningún modelo concreto de los problemas psicológicos o psicopatológicos. Tampoco en ningún modelo concreto de psicoterapia. Lo que plantaremos será relativo a las nociones desde las que organizamos la acción de la psicoterapia y definimos y abordamos los problemas. Nada más cercano a la práctica, por tanto. Comenzaremos por el planteamiento de un problema.

Factores Comunes y Tratamientos Empíricamente Validados

El debate entre Factores Comunes (FC) y Tratamientos Empíricamente Validados (TEV) es uno de los de mayor interés para la psicoterapia en los últimos

15 o 20 años. Es un debate de hondas raíces, que remite a la valoración de la psicoterapia, a la evaluación de su capacidad para producir resultados y a la estimación de cuales son los factores que influyen en su eficacia y efectividad.

Este debate tiene una historia “externa”, entendiendo por tal la que remite al contexto social y económico. En este aspecto son relevantes (Fernández Hermida y Pérez Álvarez, 2001) el interés por la evaluación de las intervenciones, el desarrollo y la competencia de los tratamientos psicofarmacológicos, el acceso de la ciudadanía a servicios de salud mental, públicos o privados, y la necesaria contención del gasto por parte de los pagadores. En ese marco, y siguiendo a Duncan (2002) el National Institute of Mental Health (NIMH) estadounidense, una fuente esencial de fondos para la investigación en psicoterapia en ese país, decidió aplicar para la evaluación de la psicoterapia la misma metodología que se empleaba en la investigación sobre fármacos, siguiendo la línea de la Medicina Basada en la Evidencia. Ello implica privilegiar los ensayos clínicos aleatorizados. Esta metodología busca comparar los efectos de un principio activo con un placebo bajo los criterios metodológicos más exigentes, lo cual eleva su validez interna. Remite a unos procedimientos de trabajo en los que la terapia se organiza en tratamientos manualizados y se realiza en contextos controlados, con pacientes seleccionados y con patologías claramente definidas y diferenciadas, y donde dicha terapia se define como la aplicación por parte del terapeuta de técnicas, en las cuales residiría la eficacia. Estas características aumentan como decíamos la validez interna, pero no contribuyen a la validez externa al ser las condiciones de la clínica real mucho más “impuras”. En palabras de Ablon y Jones (2002) los ensayos clínicos aleatorizados ponen a prueba tratamientos en buena medida artificiales, en entornos controlados artificialmente y con pacientes atípicos, de modo que serían poco generalizables al mundo real de la Salud Mental. Esto remitiría la disputa entre la eficacia, relativa a la comprobación del efecto de una intervención psicológica con las máximas garantías metodológicas, lo cual eleva su validez interna, y la efectividad, relativa a la utilidad de las intervenciones en contextos clínicos reales, lo cual sitúa el foco en la validez externa. Fernández Hermida y Pérez Álvarez (2001) han señalado que estos abordajes no serían por otro lado incompatibles sino complementarios.

El enfoque de los TEV ha tenido apoyo institucional en la División 12 (Society of Clinical Psychology) de la American Psychological Association (APA), y se ha plasmado en diversos textos (APA, 1995; Chambless y cols 1996, 1998). En nuestro país ha sido defendido por diversos autores, como Becoña y cols (2004), Labrador y cols (2003), Llobell, Frías y Monterde (2004) o Vázquez y Nieto (2005).

Sobre el enfoque de los TEV se han realizado diversas críticas de corte metodológico y epistemológico (Beyebach y Herrero de Vega, 2006; Castelnuevo, 2010; Castelnuevo y cols, 2004; Castelnuevo y cols, 2005; Rodríguez Morejón, 2004). Una cuestión a destacar sería que la mayor parte de los tratamientos validados son de tipo cognitivo conductual o similar. Bien pudiera ser que estos

fueran los únicos o los más eficaces, pero cabe considerar también la posibilidad de que sean los que mejor se avienen a la metodología preconizada por los TEV, formando con dicha filosofía un binomio ganador no tanto por méritos propios, como por presentar un mejor encaje mutuo. Respecto a la posible utilidad o eficacia de enfoques más difícilmente formalizables según los formatos de prueba de los ensayos clínicos aleatorizados, quizá se haya en ocasiones priorizado la máxima de que si los datos no concuerdan con la teoría, peor para los datos. Si la materia de estudio, esto es, la psicoterapia o algunas de sus versiones, no se avienen al método de estudio elegido, el de los ensayos clínicos, peor para ellas.

Una cuestión conceptual de fondo respecto a los tratamientos empíricamente validados es que tienden a ubicar la eficacia en la técnica utilizada, bajo la idea de que la terapia sería una acción instrumental ejercida por el terapeuta. La técnica se identifica como el instrumento en el que reside la eficacia, y el objeto que hay que precisar y valorar. La psicoterapia sería dispensada como una medicación, con sus criterios impersonales de indicación y dosis adecuada. Este sería el modelo de fondo que tendemos a poner en juego cuando para investigar partimos de la metodología que se usa en la investigación de fármacos. Paralelamente, como señalan Beyebach y Herrero de Vega (2006) se va imponiendo una tendencia a la especificidad y la súper-especialización en psicoterapia, con la adopción de protocolos específicos para problemáticas delimitadas. Esto funcionaría al menos como referente y como proyecto de mejora del quehacer clínico, ya que en realidad el paradigma de la especificidad no estaría produciendo los resultados que prometía ni desde el punto de vista de la investigación ni desde la práctica clínica real, de acuerdo con los autores citados.

De hecho se puede observar, como señalan Fernández Hermida y Pérez Alvarez (2001), la dificultad para construir guías de tratamiento suficientemente respaldadas. Uno de los problemas a solventar para ello, según señalan dichos autores, es que los estudios disponibles son de carácter nomotético, mientras que la perspectiva biográfica es uno de los pilares de la clínica psicológica, de modo que los diagnósticos y decisiones se dan ligados a los individuos y los casos, y las generalizaciones de las categorías nosológicas y de los procedimientos estandarizados y manualizados resultan guías a veces inadecuadas.

Un enfoque alternativo es el de los Factores Comunes en psicoterapia. Esta perspectiva toma fuerza en su oposición a la perspectiva de la validación empírica de tratamientos específicos para trastornos específicos. La perspectiva de los Factores Comunes defendería, también empíricamente, que todas las psicoterapias son similarmente eficaces, como indican diversos metaanálisis, y que esa utilidad deriva de dimensiones comunes a todo tratamiento, y no del uso de técnicas específicas. Esta perspectiva se ha defendido en diversos textos (Duncan, Miller, Wampold y Hubble, 2010; Norcross, 2002; Norcross, Beutler y Levant, 2006; Wampold, 2001). Estos factores comunes remitirían a cuestiones como la alianza,

la empatía, el acuerdo sobre metas y colaboración, la congruencia, el feedback, la capacidad para reparar rupturas en la alianza... por citar sólo algunos de los que Norcross (2002) recoge en su revisión. Aquí la técnica ya no ocupa el lugar central en el arsenal terapéutico, sino que el primer plano está ocupado quizá por cuestiones relativas a lo que Beyebach y Herrero de Vega (2006) denominan capitalizar los recursos de los clientes, activar su potencial de cambio, aprovechar sus expectativas y el efecto de una relación terapéutica adecuada. En suma, en cierta medida el centro de atención pasa de ser la técnica, ejecutada por el terapeuta, a ser el cliente y sus dimensiones y acciones de cambio. Esta es solo una de las posibles lecturas de la importancia de los Factores Comunes, pero es sin duda una especialmente sugerente, como veremos.

Duncan (2002), uno de los destacados defensores de este enfoque, ha escrito con peculiar rotundidad que hacer terapia siguiendo un manual es como tener relaciones sexuales siguiendo un manual. Señala que el cambio está dirigido por el cliente, y no por la teoría. Lo más relevante para la psicoterapia son el cliente, sus recursos, y la relación y contexto que puedan potenciarlos al máximo. No se trataría de la maestría terapéutica en el diagnóstico, la técnica y el manual sino de la habilidad para establecer relaciones productivas que favorezcan que los clientes alcancen lo que desean. De un modo similar se pronuncia Rodríguez Morejón (2004) cuando propone que centrarse únicamente en la variable técnica pierde los aspectos esenciales de la terapia, a saber: clientes y terapeutas en interacción.

La APA ha enfatizado la importancia de los Tratamientos Empíricamente Validados o Apoyados con su División 12, y la importancia de los Factores Comunes con su División 29 (Psicoterapia). El peso de los argumentos por ambos lados le llevó a valorar la importancia de la evidencia empírica relativa a los tratamientos específicos y también a valorar el peso de los factores comunes. En 2005 (APA, 2005a; APA, 2005b) articula el concepto de “Práctica basada en la Evidencia” en psicología, que sería la integración de la mejor investigación disponible con la experiencia clínica en el contexto de las características, cultura y preferencias del paciente. En este texto se reconoce que hay múltiples fuentes de evidencia, que cada una de ellas tiene limitaciones y que no solo cuenta la eficacia de una intervención, relativa a su validez interna en estudios exigentes metodológicamente, sino también su utilidad clínica, relativa a su utilidad y aplicabilidad, en un contexto real en el que es importante tanto la experiencia clínica como la consideración de las características específicas del paciente y el caso y que el cliente se involucre, elija y participe activamente en la solución de su problema. No solo contaría el método de tratamiento, sino también el terapeuta, la relación y el paciente.

En 2011 se produce aún un encuentro entre las divisiones 12 y 29 de la APA, en forma de una Task Force interdivisiones, centrada en las relaciones terapéuticas basadas en la evidencia (Norcross, 2011), cuyas conclusiones y recomenda-

ciones se orientan en buena medida en la línea de los Factores Comunes. Se refieren en dicho documento a que la relación terapéutica contribuye a las mejorías al menos tanto como el método de tratamiento, y lo hace de modo independiente del tratamiento específico elegido, a que las prácticas basadas en la evidencia deben necesariamente incluir la relación, a que la terapia debe adaptarse a las características del paciente y a que la efectividad de la psicoterapia depende del método de tratamiento pero también de la relación terapéutica, de las características del paciente y de las cualidades del terapeuta.

Los posicionamientos de la APA, ya desde 2005, mediadores y reconociendo que ambas posturas tienen su parte de razón, no han impedido que el debate entre Tratamientos Empíricamente Validados y Factores Comunes continuase en los últimos años. Sin embargo sí cabe señalar, de acuerdo con Gelso (2011), que fuera director de la revista *Psychotherapy* (publicada por la División 29 de la APA) de 2004 a 2010, que una de las tendencias de la literatura psicológica que percibió en esos años es hacia la integración de técnicas y relación terapéutica, consideradas como factores profundamente interrelacionados aunque diferentes, que representan casi dos cosmovisiones en psicoterapia pero se perciben cada vez más en mutua relación. Esta línea de trabajo se perfila claramente en artículos como el de Weinberg y cols (2011), en el que analizan cuáles son los Factores Comunes que encontramos en los distintos Tratamientos Empíricamente Apoyados para el Trastorno Límite de la Personalidad.

Estas son sin duda cuestiones complejas sobre las que resulta difícil pronunciarse. El objetivo de este texto es hacer propuestas sobre cómo entender la psicoterapia y qué repercusiones tiene esto respecto a los protocolos y guías clínicas. Supone una reflexión no tanto sobre los principios que pudiéramos defender, sino sobre los principios que efectivamente ejercemos en la práctica psicoterapéutica. Acaso esta propuesta no constituya un modo de pensar el problema de los TEV y los Factores Comunes, sino más bien constituya un modo de pensar alrededor de dicho problema. En el mejor de los casos, el problema será entonces en alguna medida inteligible de un modo diferente bajo una nueva perspectiva.

Protocolos y Psicoterapia

RAE. Protocolo. 4. m. Plan escrito y detallado de un experimento científico, un ensayo clínico o una actuación médica.

¿Consiste la psicoterapia en la aplicación de tratamientos protocolizados? Mi respuesta es que no, siempre que la definición de protocolo implique una secuencia prefijada de acciones implementadas por el terapeuta, siempre que signifique la ejecución exhaustiva y precisa de un plan detallado previamente

La idea de protocolo o manual de intervención puede tener sin embargo lecturas más flexibles. La Terapia Dialéctica Conductual de Linehan (1993) supone

la aplicación de unos principios de tratamiento, la jerarquización de objetivos en cada sesión, el mantenimiento de ciertas líneas y modos de abordar la patología de un modo amplio y una concreción muy exhaustiva de las tareas y los problemas allí donde sea preciso, sin prefijar de antemano el momento. En este sentido, un tratamiento flexible pero organizado puede ser un buen referente de protocolo de tratamiento en psicoterapia.

Pero en ese caso el protocolo se convierte en un mapa de sentido, que nos permite orientarnos y decidir. Se aleja entonces de la idea de protocolo como secuencia prefijada y detallada de acciones, a la que remite el concepto (RAE), y cuyo sentido estaría no tanto en orientar las decisiones como en eliminar la necesidad de decidir. Esta es una opción para tratar de aumentar la calidad de los procesos de atención. Lo ideal sería entonces que una vez identificado y diagnosticado el caso, se aplicase el protocolo de actuación correspondiente, sin mayores abstracciones y logrando el desempeño óptimo de acuerdo con la evidencia disponible. Este segundo caso en psicoterapia sería un caso límite, irreal. Los protocolos serían aquí listas de tareas a cumplir por el terapeuta o paquetes de sesiones de intervención con sus contenidos claramente especificados y organizados. Este sería el formato ideal para cierto tipo de investigación, para cierto tipo de metodólogo, ya que facilitaría la replicación, es decir, permitiría asegurar que cada nueva aplicación del tratamiento fuera idéntica a la aplicación previa. En ese sentido puede jugar un papel como referente, y por ello me interesa discutirlo. Porque bien podría proponerse este concepto de protocolo como el referente del trabajo bien hecho en psicoterapia, cuando acaso fuera en realidad la negación de la posibilidad de trabajo en psicoterapia. Bien pudiera entonces darse el caso de protocolos muy eficaces en aquellos que los completan, pero con una alta tasa de abandonos, si fuera el caso de que pocos clientes alcanzaran a completar dichos protocolos. Serían entonces formatos muy adecuados para el terapeuta, cuyas acciones serían terriblemente eficaces, pero muy poco adecuados para el cliente, para el cual serían enormemente difíciles de realizar.

El método, en un sentido positivista, permite repetir exactamente las acciones del experimentador. Cuando eso sucede sobre parámetros que funcionan conforme a reglas regulares, el resultado al replicar las acciones es que se replican también los resultados. Pero en psicoterapia el “paciente” actúa a nivel de agente, de sujeto psicológico, no funciona como si fuera materia inorgánica o mera fisiología o anatomía. Quiere con ello decirse que la acción del terapeuta es una acción interpuesta. El terapeuta no opera directamente sobre el problema, sino que opera sobre el cliente que es el que opera sobre el problema. La acción del terapeuta es una actividad con otros sujetos. Siguiendo entonces a Ezama, Alonso y Fontanil (2010) dicha actividad consistirá no tanto en manejar o transformar objetos inanimados, como en relacionarse con otro sujeto a través de acciones comunicativas. No se trata de un hacer del terapeuta sobre el problema del cliente, sino en un hacer hacer al

cliente sobre su problema. Se trata para el terapeuta de actuar en la relación con el cliente de un modo tal que facilite que él actúe de modo distinto en relación a su problema. Por eso aquí la garantía del método, que residiría en repetir las acciones del terapeuta exitosas en otras ocasiones, no garantiza nada, porque no es el terapeuta sino el cliente el que opera sobre el problema, y lo hace según su iniciativa y disposición, no según el protocolo que le dictamos. El terapeuta, si conoce como funciona el problema y como funciona la persona, puede acotar, señalar, sugerir o facilitar los pasos del cliente. Pero no darlos por él. Un protocolo como secuencia fija de acciones repetida por el terapeuta define o propone un modo en el que suceden los cambios exitosos, y puede orientar o facilitar el acotamiento de ciertas acciones del cliente perjudiciales o beneficiosas. Pero corre el riesgo de partir implícitamente de la falsa premisa de que el terapeuta opera sobre el problema, lo maneja o lo resuelve.

Los factores comunes nos indican de modo difícilmente eludible que el modelo de los tratamientos manualizados para trastornos específicos presenta vacíos. Pero eso no ha de significar necesariamente que todo lo que la psicoterapia tiene de eficaz es lo que tiene de inespecífico, de general, de común. Los problemas empeoran o mejoran de ciertos modos, a veces muy específicos, y conocer como funcionan los problemas es sin duda útil.

Pero por otro lado lo que hace que los problemas empeoren, mejoren o se mantengan, lo hace el cliente. Es él el que hace la psicoterapia. Un protocolo bien diseñado cristaliza la eficacia y es una buena referencia. Pero si se propone la terapia como la repetición e imitación del protocolo por parte del terapeuta se lo vacía de sentido. Es el cliente el único que puede hacer el recorrido que lo sacará del problema.

De acuerdo con Labrador y cols (2003) identificar y difundir qué tratamientos son eficaces supone múltiples ventajas, entre ellas ayudar a establecer el concepto de “buena o mala práctica profesional” más allá de valoraciones subjetivas. Sucede sin embargo que el modelo de los TEV tiende, por su metodología de validación, a identificar tratamientos con tratamientos protocolizados, organizados y concebidos como la aplicación prefijada y detallada de técnicas, de procedimientos por parte del terapeuta, por analogía con un tratamiento farmacológico, que es el referente de investigación. Entonces es de recibo señalar que conceptualizar los tratamientos como pautas ejercidas unidireccionalmente por el terapeuta sería quizá en sí mismo una mala praxis, porque hay dimensiones colaborativas, relacionales, relativas a la acción del paciente, que no encajan en ese modelo. La psicoterapia no es una relación sujeto objeto, del terapeuta sobre la patología, sino una relación entre sujetos en la que es el cliente el que actúa sobre su problema.

Las páginas que siguen pretenden explotar las líneas de fuerza y contradicciones de estas cuestiones. Así que pongámonos manos a la obra.

Ulises y las Sirenas

“...pero atadme con fuertes lazos, de pie y arrimado a la parte inferior del mástil para que me esté allí sin moverme, y las sogas liguense al mismo. Y en caso de que os ruegue o mande que me soltéis, atadme con más lazos todavía.”

La Odisea. Rapsodia XII. 154.

Este es el conocido pasaje de “Ulises y las Sirenas” que encontramos en La Odisea (Homero, 1972). Tomaremos este pasaje como metáfora de la acción psicológica. Este pasaje da nombre además a un libro de Elster (2000) que será nuestra referencia para los párrafos que siguen.

La situación es esta: Ulises y sus compañeros se aproximan a la isla de las sirenas, cuya voz hechiza a los hombres para siempre. Aconsejado por Circe, Ulises pone en marcha una estratagema para poder escuchar el canto de las sirenas sin verse atraído irremisiblemente. Taponan los oídos de sus compañeros con cera, a fin de que puedan maniobrar la embarcación inmunes a la voz de las sirenas. Y les pide que lo aten a él al mástil, dándoles órdenes explícitas de que no atiendan a sus súplicas posteriores para que lo liberen. Anticipándose así puede Ulises al tiempo escuchar el canto de las sirenas y evitar sus consecuencias, sorteando la debilidad de su voluntad.

De acuerdo con Elster (2000, pg 67) “atarse a sí mismo es un modo privilegiado de resolver el problema de la flaqueza de voluntad; la principal técnica para lograr la racionalidad por medios indirectos”. Atarse a sí mismo sería llevar a cabo cierta decisión 1 en un momento determinado a fin de aumentar la probabilidad de llevar a cabo otra decisión 2 en un momento posterior. La idea de atarse a sí mismo, así definida, implica que la resistencia y dificultad para llevar a cabo la decisión 1 (pedir ser atado al mástil) debe ser menor que la resistencia y dificultad para llevar a cabo la decisión 2 (resistir el canto de las sirenas). Además tomar la primera decisión posibilita llevar a la práctica la segunda, lo que directamente resultaría excesivamente difícil.

Lo psicológico, para Elster, no remite a la idea de una “máquina maximizadora local”, que busca sacar el máximo rendimiento en cada situación concreta que afronta. Lo psicológico remite a una “máquina maximizadora global”, que acepta perder ahora para ganar más después, y que puede usar la espera y estrategias indirectas. Puede implementar medios para alcanzar fines. Puede ser intencional. Puede regular la acción presente conforme a un futuro deseado.

Así definido, apliquemos este esquema a la psicoterapia. Los problemas del sujeto consisten en cómo llevar a la práctica una decisión o acción deseada, pero muy costosa y difícil de realizar directamente. Un ejemplo sería mejorar el ánimo en una depresión, mejorar una relación o vencer los ataques de pánico. Estas decisiones o acciones son lo suficientemente difíciles como para que la mera apelación a la voluntad no baste. No es suficiente decir “debes mejorar tu ánimo”,

“debes llevarte mejor con Luis” o “debes vencer el pánico”.

Una buena lógica psicológica parte de distinguir con la mayor precisión posible qué decisiones o acciones del cliente posibilitarán que este se dirija y finalmente alcance la meta que desea. Ante la dificultad del cliente para llegar por sus medios al final del viaje, el terapeuta buscará identificar las escalas intermedias que están a su alcance y que permitirán que, usando una ruta alternativa a la planteada inicialmente, el viaje llegue finalmente a puerto. Esto implica un conocimiento del mar y de la ruta, pero también del barco, cómo navega y qué puede pedírsele ahora a su tripulación. No se pretende ya una gran voluntad, una gran acción, que llegue a la solución de una vez por todas. Esto se ha querido y se ha hallado impracticable. La alternativa es ahora generar otras voluntades, otras acciones, quizá más pequeñas y alcanzables, que sumadas permitan llegar a puerto, siquiera por una ruta alternativa a la elegida inicialmente.

Medios Paramétricos y Medios Estratégicos

Para proseguir incorporaremos la distinción de Elster (2000) entre medios paramétricos y medios estratégicos:

-**Medios paramétricos.** Pueden manejarse como relaciones entre magnitudes que funcionan conforme a reglas estables. Así sucedería en el funcionamiento de la materia inorgánica, o en los problemas físicos o químicos. El agente en este caso es un observador que de acuerdo a las reglas del sistema introduce cambios en los parámetros para llegar al objetivo deseado. Un ejemplo sería ajustar las proporciones adecuadas de productos químicos para que se produzca una reacción química concreta, o regular la salinidad de un líquido variando su volumen y la cantidad de sal. Estos elementos no funcionan conforme a sus iniciativas psicológicas, sino a sus características físicas o químicas.

-**Medios estratégicos.** Remiten a sujetos psicológicos, que son agentes en el medio y que utilizan estrategias para alcanzar fines. Dichas estrategias tienen que medirse no solo con las características del medio sino también con las estrategias que están usando otros agentes. El rendimiento de cada estrategia es relativo a lo que hacen los demás, y la acción puede variar y ser modificada por los agentes, que poseen iniciativa. Por ejemplo ayudar a un vecino es una buena estrategia cuando este está dispuesto a devolver el favor, pero si se niega cuando le solicitamos algo, quizá sea una opción a considerar negarnos nosotros también a prestarle ayuda e invertir nuestros esfuerzos en otra tarea. Los medios paramétricos funcionan según reglas y magnitudes, y son más regulares y predecibles. Los medios estratégicos parten de la consideración de lo psicológico, funcionan según las metas de los sujetos y sus estrategias para alcanzarlas, y pueden ser más cambiantes.

Podemos identificar al menos dos enfoques que tratan de dar cuenta de la acción psicológica usando un formato paramétrico. Son enfoques que pueden ser descritos como objetivismos, por cuanto la acción psicológica se explica por una

entidad, un objeto, ajeno a ella. La intencionalidad psicológica queda fuera del esquema causal, ya que está determinada por otras instancias:

-Reducción de la acción psicológica a fisiología y/o anatomía, sea por caso el cerebro, los neurotransmisores o los genes.

-Determinación de la acción por sus antecedentes psicológicos, sean estos eventos, estímulos, estados o como quiera que se los defina.

En ambos casos la acción psicológica se determina por reglas de combinación de distintos parámetros. Son formatos que se entienden desde la imagen de la máquina, en los que “el mundo es un sistema en el que cada estado determina rigurosamente el estado siguiente” (Fernández, Sánchez, Aivar y Loredo, 2003, pg 20), y en los que la intencionalidad queda excluida.

Una de las características esenciales de lo psicológico es la memoria. A partir de ella se configura la intencionalidad. En palabras de los autores antes citados “la organización o estructura de la función es propositiva, no teleológica: define el futuro esperable por proyección del pasado...” (Fernández, Sánchez, Aivar y Loredo, 2003, pg 26). La propositividad proyecta el pasado y define no solo el futuro esperable, sino el futuro deseable, su probabilidad y los pasos necesarios para encaminarse hacia él. Si bien no es radicalmente libre, incorpora siempre algún grado de libertad y elección. El plan de acción que implementamos para ello puede ser más o menos detallado, pero es en todo caso diferente del mero azar.

Que en lo psicológico un estado se determine por sus antecedentes sería algo así como afirmar que cuando caminamos cada paso que damos está determinado por los pasos anteriores. Es obvio que cada paso se da a partir de los pasos anteriores, y estos son la condición de partida. Pero el referente esencial para entender una secuencia de pasos es hacia donde se dirigen, adonde queremos llegar. Lo que explica cada paso no es el paso anterior, sino el hecho de que con ellos me dirijo a un lugar. No es el pasado el que determina el presente, sino el futuro deseado el que encamina al presente en unas direcciones y no en otras.

Conducirse y ser conducido como condición de la psicoterapia

La psicoterapia presupone en la persona una cierta capacidad para conducirse y para ser conducido por el terapeuta, o al menos para que el terapeuta influya en el margen para conducirse que el cliente tiene.

Por un lado acciones, sujetos y problemas presentan regularidades en su ejercicio, más o menos flexibles. Esto hace que determinados actos y modos de actuar sean mejores que otros para producir ciertos efectos. Lo que la psicología, la psicoterapia y la misma experiencia intentan es sistematizar los modos de actuar y los condicionantes que hacen más fácil o difícil conducirse en una u otra dirección.

Por otro lado la acción no responde a una determinación absoluta de una voluntad plenamente consciente. Nuestros propósitos, acciones y emociones pueden apuntar en direcciones que están más allá de nuestros planes o deseos, en

direcciones que no prevemos. La consciencia, la valoración, la asunción de consecuencias, el cálculo de las acciones, el peso de las emociones, deseos y preferencias, todo eso se da en grados. No son categorías dicotómicas, absolutamente presentes o absolutamente ausentes. Cuáles sean los grados de propositividad y cómo y en qué dirección usarlos es un núcleo temático de la psicoterapia.

Por citar un ejemplo diríamos que en el caso de que una persona agrede a otra, siempre podemos identificar un momento a partir del cual perdió el control y ya no fue capaz de detenerse. Pero si reconstruimos una secuencia de eventos (“él me dijo A y entonces yo le dije B, yo hice C y entonces él hizo D), siempre podemos llegar a situaciones y momentos previos en los que el margen de acción era distinto, y eran posibles cursos alternativos de actuación. Tras la agresión ya no hay alternativas. Pero en momentos previos siempre hay más capacidad de maniobra. La psicoterapia trabaja en relación a los grados, modos, situaciones y momentos en los que el cliente puede conducir sus acciones de otra manera.

Sin propositividad cabe sin embargo una terapia, operada por un agente, donde el terapeuta ejerce su acción unilateralmente sobre su objeto de trabajo. Esto sucede por ejemplo cuando un cirujano opera a su paciente dormido o cuando se emplea una medicación inyectable para anestesiar o sedar. En estas condiciones se mantiene la agencia del terapeuta, pero se anula la capacidad de agencia del paciente. No cabe aquí por tanto psicoterapia, que es una relación entre sujetos donde ambos son agentes.

Protocolos, Protocolos

Si los tratamientos protocolizados y validados fueran más eficaces y prácticos, todo el mundo estaría deseando fervientemente usarlos. No parece sin embargo que su popularidad haya aumentado tras el auge del movimiento de los Tratamientos Empíricamente Validados (Woody, Weisz y Mc Lean, 2005).

Diversos autores han señalado que el uso de manuales de tratamiento, aun teniendo aspectos positivos, no mejora los resultados de la psicoterapia (Duncan y Miller, 2006; Wampold, 2001). La adherencia al manual de tratamiento podría incluso tener efectos negativos en el resultado de la psicoterapia al suprimir los efectos de la competencia, entendida como la habilidad para administrar el tratamiento, tener en cuenta aspectos relevantes del contexto terapéutico y responder adecuadamente a esas variables contextuales (Wampold, 2001). Estas objeciones, lejos de ser cuestiones menores, parecen apuntar a problemas de fondo.

Para abordar la cuestión de los protocolos emplearemos como referencia un modelo límite. Es aquel de los protocolos psicoterapéuticos como secuencias prefijadas de acciones ejecutadas unilateralmente por el terapeuta. El terapeuta iría siguiendo una lista manualizada de tareas, del modo más fiel posible. Si bien es un planteamiento extremo, sería sin duda el ideal para la validación de tratamientos, ya que el tratamiento ideal para ser sometido a prueba sería aquel que se realizara de

forma idéntica en cada nueva ocasión, aquel que es perfectamente replicable.

Un modo de justificar este abordaje sería el funcionamiento de los trastornos a tratar bajo la idea de secuencias causales. Definimos un estado final y unos antecedentes que lo determinan, en un proceso en el que cada estado determina el estado siguiente. Las secuencias se encadenan causalmente al modo en el que sucede en el funcionamiento de una máquina. La terapia consistiría entonces en cambiar esos antecedentes que, al modo de parámetros en una ecuación, determinarían el resultado final. Aquí la perspectiva causal mecánica permitiría un rigor metodológico supuestamente mayor facilitando la validación empírica por la vía de la replicabilidad de las acciones del terapeuta.

En este caso es el terapeuta el que interviene sobre los parámetros a modificar para resolver el problema. Se considera la capacidad del terapeuta para la intencionalidad y el establecimiento de secuencias de medios y fines. Pero no se considera igualmente esa capacidad en el cliente objeto de la intervención. La contradicción de esta posición se ejemplifica en aquella viñeta humorística en la que la rata, desde su caja de Skinner, observa al experimentador comentando que lo tiene completamente condicionado, de modo que cada vez que ella pulsa la palanca el experimentador le da comida.

Este formato supone proponer la acción psicológica como causada por (parámetros) sin incorporar la noción de que es también producida para (metas y objetivos) y realizada desde (estrategias y modos de enfocar los problemas y actuar). El precio del cientifismo obtenido a través de la perspectiva causal mecánica es el de excluir la intencionalidad. Por otra parte tratar de reducir la intencionalidad a determinación por los antecedentes y encadenamiento de secuencias de eventos puede requerir una complejidad tal que los diagramas de flujo en los que se lo intente representar acaben siendo una maraña de cuadros y flechas, que resulte todo menos sencilla.

Este es sin duda, como hemos señalado, un planteamiento extremo a los ojos de un psicoterapeuta, aunque pudiese parecer ideal para la mirada de un metodólogo. Sin embargo puede ayudarnos a clarificar algunas dificultades de los protocolos de tratamiento cuando son propuestos como listas de acciones y tareas que el terapeuta debe realizar en una secuencia predeterminada. En este caso pareciera que nuestras acciones como terapeutas pueden trabajar casi directamente sobre el problema, donde las acciones del cliente serían las de obediente correa de transmisión de nuestras pautas para actuar sobre la patología. Los ajustes que el protocolo precisa para su aplicación concreta serían circunstanciales, referidos a errores de un protocolo aún imperfecto o a un cliente “resistente”. Es aquí nítidamente lícita la analogía con un modelo médico, en el que, en el límite, mediando una mínima colaboración del paciente el médico trabajaría sobre la anatomía o fisiología que determinan la patología, a través de intervenciones farmacológicas o quirúrgicas por ejemplo.

Los protocolos y las técnicas validadas son una forma de refinar la práctica. En ese sentido son modos de acción que incorporan un conocimiento sobre la operatoriedad y funcionamiento de los problemas. Su uso orienta en la recreación de pautas de acción por parte del terapeuta a fin de que el cliente actúe de un modo diferente y más eficaz sobre sus problemas. Lo que sucede es que si su uso se propone como una repetición exacta, textual por parte del terapeuta, se convierte su operatoriedad en una instrucción plana que corre el riesgo de no llegar al cliente. Si la curación reside en el empleo estricto del método o protocolo de tratamiento, el cliente queda eliminado como sujeto en tanto se le elimina como principio de actividad, como agente y como principio de organización, igualando falsamente los niveles, capacidades y disposiciones operatorias de todos los individuos.

Concebir el tratamiento psicoterapéutico como la replicación de protocolos entendidos como secuencias repetidas e idénticas de acción por parte del terapeuta supone por tanto pretender la eliminación del cliente como sujeto a través del recurso al método. Los ajustes “contextuales” del protocolo no son algo circunstancial sino en cierta medida la esencia de la psicoterapia. Frente a la idea de que la objetividad es necesaria y reside en la replicación conforme a un método, diríamos que los ajustes contextuales no son un error en los protocolos sino que son el espacio que corresponde al cliente como sujeto y a su nivel de operatoriedad. En los ajustes que requiere la aplicación del protocolo habría algo que no tiene que ver con el error del método sino con la verdad de la acción del cliente, que no tendría que ver con la inexactitud del protocolo sino con el acercamiento preciso a las operaciones del cliente que es el que pone en marcha la acción que crea o resuelve los problemas.

Cada sujeto incorpora de suyo un principio de actividad, en cuanto ejercicio de la intencionalidad y no mero funcionamiento mecánico, de modo que es el que decide cuando y como actúa. Incorpora un principio de organización, con modos de funcionar y organizarse particulares en algún grado, respecto a los cuales lo que le pedimos que haga puede ser más o menos comprensible, más o menos difícil, y más o menos aceptable o deseable, más o menos adecuado según su criterio para superar su problema. El hecho es que los sujetos reales son efectivamente “resistentes” a dicha eliminación como sujetos, y los ajustes en la aplicación de todo protocolo lejos de ser “contextuales” son más bien esenciales. Esenciales en cuanto relativos a la incorporación del sujeto como agente y como modo de organización de la acción, con disposiciones y niveles operatorios particulares en alguna medida.

Los protocolos entendidos como secuencias predeterminadas de pasos aplicados unidireccionalmente por el terapeuta correrían el riesgo de ver los problemas como algo paramétrico, como entidades que funcionan con reglas y se tratan aplicando magnitudes de soluciones. Cuando lo que encontramos con frecuencia es un entramado psicológico en el que aparecen propositividad y objetivos, disposiciones y preferencias, secuencias de fines y medios, elecciones y estrategias puestas en marcha que incorporan un coste que hay que gestionar. La psicoterapia es un

encuentro entre sujetos. Por ello precisa la lectura de la acción psicológica en términos no paramétricos sino estratégicos, tanto de la acción del cliente como de la del terapeuta. Ninguno tiene infinitos grados de libertad, pero ninguno es tampoco un mecanismo.

Por ilustrarlo de algún modo, cuando alguien baila solo puede ajustarse unilateralmente a su plan, a su idea de baile, a los movimientos que desee. Pero bailar con una pareja precisa ajustes, coordinaciones, variaciones, precisa acuerdos, interpretar e incorporar en algún grado las intenciones y movimientos de la otra persona. Bailar con otra persona intentando seguir únicamente la propia iniciativa como si se estuviera bailando solo suele llevar a un choque de cuerpos y voluntades. Probablemente en psicoterapia el panorama no sea muy diferente. Son posibles guías de sentido, mapas de estrategias e intentos de solución y sus efectos, o referencias del tipo de acciones que son beneficiosas o perjudiciales. Este entramado es cognoscible, manejable y frecuentemente protocolizable en algún grado. Pero lo importante, más que memorizar los pasos a seguir ineludiblemente, es saber qué cambiar y valorar los modos de hacerlo.

Marsha M. Linehan (1993) ha desarrollado y validado una terapia compleja para un trastorno complejo como es el Trastorno Límite de Personalidad. Por decirlo en sus palabras: “El término estrategias en Terapia Dialéctica Conductual significa lo mismo que términos tales como “procedimientos”, “protocolo” y “técnicas” en otros formatos de tratamiento. Yo prefiero el término “estrategias” porque implica tanto un plan de acción como finura al llevarlo a cabo. Aunque cada conjunto de estrategias tiene varios componentes, no todos son necesarios en cada caso. Es más importante poner la intención en un grupo de estrategias que adherirse rígidamente a las pautas exactas tal y como han sido expuestas aquí” (Linehan, 1993, pg 199)

Lógica Psicológica y Lógica Psicoterapéutica.

Las ideas que subyacen a la división entre lógica psicológica y psicoterapéutica son características de la psicoterapia estratégica de cuño sistémico, donde cabría citar como referencia a Fisch, Weakland y Segal (1994) y Nardone y Balbi (2009). Ambas lógicas se configuran en niveles de acción diferentes.

La lógica psicológica, relativa al funcionamiento del problema, es aquella que nos permite entender cuales son las operaciones que el sujeto está realizando que hacen que el problema empeore o mejore y cuales serían las acciones alternativas más convenientes.

La potencia operatoria remite, a su vez, al grado en el que podemos predecir el resultado de las acciones y obrar conforme a cálculo. En ese sentido la potencia operatoria de las técnicas e intervenciones estriba en que se adecuen a la lógica psicológica de los problemas, permitiendo reorientar las acciones de los sujetos en una dirección más adecuada.

La lógica psicoterapéutica es relativa al funcionamiento del terapeuta para

contribuir a que el cliente supere su problema. Es la que permite valorar cuándo y cómo puede actuar el terapeuta para que el sujeto emprenda esas acciones que harán que el problema mejore. Remiten a la idea de la psicoterapia como un hacer hacer, como un hacer del terapeuta que facilita que el cliente haga.

La lógica psicoterapéutica es por tanto relativa a la entrevista psicoterapéutica. Está constituida por las acciones que el psicoterapeuta decide emprender a fin influir en el cliente para que este modifique su acción respecto a la lógica psicológica del problema.

En este sentido la utilidad de las técnicas o intervenciones que aplica o propone el terapeuta depende no sólo de que sean adecuadas para solucionar el problema, de lo que llamaríamos su lógica psicológica. Depende también del modo en el que la propuesta influya en el cliente, que es el que efectivamente actúa sobre su problema.

Ejemplificando lo dicho, en un problema de fobia o de agorafobia:

-La lógica psicológica que mantiene el problema es aquella de la evitación, que se retroalimenta aumentando el miedo, con ello la evitación, y con ello la incapacidad derivada. Se trata por tanto de promover estrategias de afrontamiento.

-La lógica psicoterapéutica será la que permita al terapeuta seleccionar cual es la estrategia de afrontamiento adecuada y cómo se la plantea al cliente, de acuerdo con el estado actual del problema y del cliente. Puede pedírselo en la primera entrevista o esperar. Para valorar y facilitar el compromiso del cliente con la terapia puede indagar porqué es importante para el cliente la superación del problema ahora, o preguntarle si prefiere esperar para afrontarlo más adelante. Puede preguntarle qué función cree que está cumpliendo su problema. Puede explicarle de qué modos sus actos están empeorando su problema, o pedirle que lo averigüe el propio cliente observándose hasta la próxima sesión. Puede darle una prescripción paradójica o pedirle explícitamente un afrontamiento. Para ello puede usar un método de explicación y persuasión racional, o métodos de distracción o reencuadre para generar una exposición menos premeditada. El afrontamiento puede ser una exposición gradual o puede ser una exposición intensa y brusca, puede ser inicialmente en vivo o en imaginación, puede estar sistematizada y estrictamente pautada y organizada o ser más flexible.

La lógica psicológica, conforme ha sido expuesto, remite a un buen conocimiento del problema a tratar y su funcionamiento. Remite a las condiciones en las que el sujeto cliente es eficaz o ineficaz respecto a su problema. La lógica psicoterapéutica remite a cómo el psicoterapeuta puede ser eficaz en el contexto de la entrevista para que el cliente actúe sobre aquella lógica psicológica logrando solucionar su problema. La psicoterapia implica por tanto valorar los distintos niveles de capacidad de acción del cliente y sus estrategias, y buscar movilizarlas mediante los actos del terapeuta.

Ejemplos de esto serían los formatos de diálogo en los que el terapeuta en vez de exponer al paciente una descripción de la situación, establece un diálogo con

preguntas para que sea el propio paciente el que lo descubra de un modo determinado. Este tipo de técnicas se ven con claridad en formatos como la Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 2008) o el Diálogo Estratégico (Nardone y Salvini, 2006).

Otro ejemplo serían los casos en los que el terapeuta, paradójicamente, se muestra pesimista sobre la posibilidad de cambio, de modo que es el paciente es que asume el protagonismo, enumera las razones para cambiar y aumenta su compromiso con ese cambio. Claro que si el paciente está muy desanimado bien pudiera ser conveniente la flexibilidad de animarlo primero un poco, antes de ponerse pesimista sobre la posibilidad de cambio.

Por citar otro caso podemos remitirnos a la Terapia Dialéctica Conductual de Linehan (1993), en la que se busca en las sesiones mantener un equilibrio entre validar la experiencia de la paciente y animarla al cambio, haciéndole sentir al tiempo que sus actos tienen sentido dada su historia y situación, y que es preciso cambiarlos, de modo que emprenda el cambio necesario sintiéndose al tiempo legitimada para ser como es.

Otro ejemplo sería el caso de clientes a los que les gusta encontrar la solución por sí mismos y no quieren seguir instrucciones explícitas de nadie, a los cuales damos instrucciones y elementos de juicio de modo indirecto, a fin de que puedan ser ellos los que encuentren la solución o alternativa a su problema.

También podríamos mencionar las situaciones en las que antes de trabajar sobre un problema en psicoterapia trabajamos para establecer previamente una alianza de trabajo y unos acuerdos básicos, sean explícitos o implícitos, de modo que sea posible seguir avanzando. De modo que aunque el terapeuta tenga ya una idea del problema y su solución, se adapta al ritmo del cliente y de su proceso y demanda de ayuda.

A este tipo de enhebramiento de estrategias de cliente y terapeuta nos referimos cuando hablamos de sentido estratégico de la psicoterapia, que puede ser organizado en algún grado pero no completamente explicitado por un protocolo.

La técnica como principio activo

En ocasiones los modelos de validación empírica de los tratamientos definen las técnicas como entidades que son en sí mismas inertes, o activas, para tratar determinada entidad patológica, de modo que la terapia consiste en su aplicación. Este método es coherente con un planteamiento neopositivista y permite una analogía con la investigación de fármacos, donde las técnicas serían equivalentes a un fármaco para tratar una enfermedad, por ejemplo.

Sin negar que unas técnicas sean mejores que otras para obtener ciertos efectos, se trataría de afinar afirmando que esa capacidad no es algo intrínseco de una técnica en sí en su interacción con un diagnóstico concreto. En psicoterapia no se trata tanto de diagnosticar entidades cuanto de modificar procesos.

Un ejemplo quizá permita clarificar la cuestión. Nardone y sus colaboradores han desarrollado protocolos de tratamiento flexibles que buscan identificar e incorporar los modos de acción del cliente en la terapia. En los síndromes mixtos de agorafobia y ataques de pánico (Nardone, 1997) una de las primeras tareas que se pide al paciente es que cada vez que aparece la angustia la persona anote lo que le sucede en un cuadernillo de registro preparado al efecto con numerosas columnas a completar. Esta tarea, si bien pudiera cumplir alguna función de evaluación se emplea como una intervención, que en muchos casos es suficiente para reducir en parte la sintomatología. Pero las respuestas del sujeto a esta intervención permiten además afinar la evaluación y el diagnóstico. Si el sujeto responde con un cuaderno lleno de anotaciones precisas y meticulosas nos encontramos ante un sistema perceptivo-reactivo basado en el control, y habrá que actuar bajo la idea de que los ataques de pánico son el sistema dominante. Si el sujeto responde con pocas o ninguna anotación y explicando que ha experimentado una reducción de los síntomas, hay un predominio de la agorafobia, que será el problema a abordar prioritariamente. La tarea, por tanto, no es abstractamente eficaz para una sintomatología concreta como la angustia. Su eficacia depende del tipo de operaciones del sujeto en el curso de las cuales surja la angustia, y de las modificaciones que la aplicación de esa tarea establezca en dichas operaciones.

Suponer que la técnica es intrínsecamente eficaz y tiene en sí misma efecto sobre una determinada entidad patológica es un extremo en la concepción objetivista de la psicoterapia, como si técnica y trastorno fueran entidades que interaccionaran entre sí. Pero técnica y trastorno son más bien conjuntos de procesos y acciones que el sujeto lleva a cabo, y el efecto de la técnica remite a cómo incida en el curso de las operaciones que componen el trastorno.

Un extremo opuesto sería una concepción subjetivista de la psicoterapia en la que el terapeuta no hace nada, pues todo es autodesarrollo del cliente. Pero si los problemas del cliente están organizados de algún modo y no responden al mero azar, cabe suponer que habrá acciones del cliente más adecuadas que otras para solucionarlos, y que habrá acciones del terapeuta más adecuadas que otras para facilitar ese proceso.

El problema de la ejecutabilidad de las prescripciones

El problema de la ejecutabilidad de las prescripciones remite a que a veces no basta con pedirle a alguien que haga algo para que esa persona lo ponga en marcha. La persona puede no encontrarle sentido, puede no querer ponerlo en marcha, puede no ser capaz de ponerlo en marcha por cuestiones emocionales (miedo, culpa...) o puede carecer de las habilidades para hacerlo. Por ello tal vez el cliente no siga nuestras indicaciones, no utilice nuestras prescripciones o comentarios o no responda a nuestras acciones, al menos como nosotros deseáramos.

De este modo la tarea del psicoterapeuta podría valorarse por analogía con el

concepto vigotskiano de zona de desarrollo próximo (Vygotski, 1989). Ezama, Alonso, González, Galván y Fontanil (2011) han propuesto la pertinencia del concepto de andamiaje para referirse a la tarea terapéutica. Recordemos que de acuerdo con el concepto original de andamiaje expuesto por Wood, Bruner y Ross (1976), este es un proceso que incorpora una delegación de responsabilidad progresiva que se va adecuando a la creciente competencia del sujeto que aprende. Los conceptos de zona de desarrollo próximo y andamiaje nos remiten a la terapia como proceso de adquisición de competencias. En ese caso unas instrucciones, peticiones o la solicitud de una pauta de acción puede ser más o menos ejecutable para uno u otro individuo de acuerdo con sus capacidades y conocimientos.

Por otro lado cada persona presenta unas determinadas emociones, actitudes y disposiciones para la acción que favorecen o dificultan la puesta en marcha de ciertas acciones y competencias relativas a los problemas, y que con frecuencia se constituyen en factores que es prioritario manejar para lograr cambios en los problemas psicoterapéuticos. Por ejemplo la negativa a realizar una técnica de exposición a un objeto temido no suele deberse a que la gente no entienda las instrucciones o carezca de las competencias para hacerlo, sino al miedo, que es la emoción que constituye el problema, y la que bloquea la puesta en práctica de la solución.

La importancia de la emoción no acaba ahí puesto que la alianza terapéutica tendría, de acuerdo con Bordin (citado en Norcross, 2002, pg 39), tres componentes que serían el acuerdo en objetivos de la terapia, el acuerdo en tareas terapéuticas, y una relación de afecto mutuo entre cliente y terapeuta. Es en el contexto de dicha relación afectiva donde el texto y los actos de las entrevistas que mantienen puede ser interpretado de uno u otro modo.

Todo esto configura un marco variado y complejo. No obstante el problema de la ejecutabilidad de las prescripciones en relación a las distintas competencias y disposiciones para la acción de cliente y terapeuta es un problema que puede intentar soslayarse. Un modo de obviarlo es a través de lo que podríamos llamar el **supuesto del racionalismo lingüístico de la psicoterapia**. Este consiste en definir la terapia como un intercambio lingüístico entre operadores lógicos, y verla entonces como un intercambio explícito de contenidos informativos y de argumentos. Entonces la explicación “verdadera”, o la técnica de intervención bien expuesta por el terapeuta, es lo que producirá los cambios. Basta con seguir con precisión el protocolo que describe los pasos, explicaciones y técnicas a emplear.

Este supuesto del racionalismo lingüístico de la psicoterapia remite por un lado a la idea de la transparencia del lenguaje, y por otro a la idea del individuo como operador lógico.

La idea de la transparencia del lenguaje supone que un lenguaje depurado, refinado, preciso, puede ser el transmisor perfecto e inequívoco de información entre interlocutores, sin crear distorsiones ni ambigüedades. Su opuesto sería la

consideración pragmática de que el significado del habla es lo que el interlocutor entienda, de que el significado de los textos y los actos, en suma, no se mide por su supuesta intención o interpretación literal, sino por sus efectos. Este problema remite a la oposición del primer Wittgenstein del *Tractatus* (Wittgenstein, 2007) frente al segundo Wittgenstein de los juegos del lenguaje (2008). Es una oposición que recorrerá después el pensamiento del siglo XX, manifestándose en diversas disciplinas.

El primer Wittgenstein (2007) afirma que el mundo es la totalidad de los hechos, y se ve reflejado y mostrado por las proposiciones con sentido que contiene el lenguaje. Dichas proposiciones concuerdan o no con la realidad, son correctas o incorrectas, verdaderas o falsas. Por eso el objetivo de la filosofía es la clarificación lógica de las proposiciones. Wittgenstein parte de una metafísica atomista y descriptiva del mundo para proponer resolver los problemas filosóficos delimitando lo que es decible e indecible a través de un ejercicio de clarificación del lenguaje. Respecto a la psicología cabe señalar que el primer Wittgenstein del *Tractatus* influyó en la filosofía analítica anglosajona y en el positivismo lógico del Círculo de Viena, con su énfasis en el empirismo, el atomismo y la metodología. Esas influencias fueron a su vez recogidas en distintas medidas por diversos cognitivismo y conductismos, opciones bajo las que, de un modo más o menos estricto, se configuran la mayoría de los Tratamientos Empíricamente Validados (TEV) con sus correspondientes protocolos de tratamiento. Bajo el modelo de los TEV la validación empírica de los tratamientos implica una filosofía y una metodología. Exige que los tratamientos sean replicables, que puedan repetirse idénticamente, como requisito para averiguar con precisión sus efectos. Ello requiere que dichos tratamientos estén recogidos con exactitud en protocolos o manuales. El modo más sencillo de hacerlo es diseñarlos como listas o secuencias de acciones a realizar por el terapeuta. Todo terapeuta sabe que la aplicación de protocolos requiere ajustes e implica variaciones. Pero recoger conceptualmente e integrar en un protocolo que los procedimientos terapéuticos se realizan en colaboración y en realidad varían en cada caso supone quizá una dificultad para la filosofía de validación empírica de los TEV.

Cuando definimos lo psicológico como parámetros a modificar por el terapeuta, especialmente bajo una concepción mecánica y secuencial, el modelo encaja mejor, ya que busca maximizar el control que ejerce el terapeuta. Reconocer al otro como agente con niveles de funcionamiento individuales, actitudes y preferencias que es el que verdaderamente efectúa o no los cambios, y no un receptor pasivo de las acciones del terapeuta, sitúa los problemas bajo unas reglas diferentes, colocando en primer plano el problema de la ejecutabilidad de las prescripciones.

Para el segundo Wittgenstein (2008) el significado de una palabra es su uso en el lenguaje. Las palabras cobran así distintos significados cuando se emplean en diferentes contextos. Participan en distintos juegos del lenguaje, que son los todos

formados por el lenguaje y las acciones con las que está entretelado. El significado del lenguaje responde a múltiples convenciones cambiantes y en último término lo que lo establece es su efecto pragmático en cada situación concreta. Con ello define un relativismo opuesto al del primer Wittgenstein. Este giro remite por su parte a diversas orientaciones posteriores de cuño pragmático, discursivo, sociocultural y relativista. Muchas de ellas encuentran acomodo bajo el paraguas del postmodernismo. En psicoterapia han tenido diversas repercusiones y pueden encontrarse fácilmente en orientaciones narrativas y construccionistas en general.

La psicoterapia es un encuentro entre sujetos, y es preciso por ello un cierto sentido pragmático. Porque lo que produce los cambios psicoterapéuticos son las nuevas acciones puestas en marcha por el cliente. Las acciones del terapeuta no son efectivas en sí mismas, sino en la medida en que contribuyen o facilitan aquellos cambios de las acciones del cliente. La tarea de la lógica psicoterapéutica no es por tanto la de cómo dar la explicación perfecta al cliente de qué es lo que quieres que haga, sino la de cómo contribuir a que éste ponga en práctica acciones que le faciliten salir de su problema. Aunque si los problemas se construyen y funcionan de modos concretos, según alguna lógica psicológica y no aleatoriamente, probablemente haya acciones del cliente más adecuadas que otras para que dichos problemas mejoren o empeoren, y el pragmatismo debe negociar también con las condiciones de posibilidad de las acciones.

La hipótesis del operador puramente lógico, por su parte, según la cual somos seres guiados por una fría razón, es poco plausible psicológicamente. Diversos textos han señalado que nuestra razón es “imperfecta” desde el estricto punto de vista de la lógica, y opera en muchas ocasiones guiándose por heurísticos (Ariely, 2009; Cialdini, 2009; Tversky y Kahneman, 1974; Tversky y Kahneman, 1981). Nuestras preferencias y emociones dan valor y prioridad a unas experiencias, sensaciones y decisiones sobre otras. Eso nos conduce a veces a errores. Pero la emoción y el sentimiento son al mismo tiempo la condición de posibilidad de las elecciones y decisiones, frente a procesos de razonamiento y argumentación lógica que podrían extenderse hasta el infinito sin llegar a una conclusión por sí mismos. Somos operadores emocionales. Autores como Damasio (2006, 2011) han planteado posibles modelos de funcionamiento del sistema nervioso que subyacerían al funcionamiento de estos procesos psicológicos sin pretender reducirlos a mecanismo, en los que la emoción y el sentimiento, que generan preferencias y prioridades, son integrantes indispensables de la razón. Ya se ha mencionado como lo que facilita o dificulta la puesta en marcha de una acción no es siempre la competencia para llevarla a cabo, sino también el vínculo, positivo o negativo, con el terapeuta, y el vínculo o actitud positiva o negativa hacia la acción a emprender.

El primer Wittgenstein afirmaba que “El método de la matemática para llegar a sus ecuaciones es el método de la sustitución” (Wittgenstein, 2007, pg 123). La psicología, sin embargo, no parece que pueda operar enteramente así. Las acciones

psicológicas pueden realizarse reiteradamente de modo que en cada ocasión cumplan la misma función. Pero cada repetición incorpora en algún grado variación, novedad. Con ser parcialmente equivalentes no serán nunca idénticas. Este es parte del sentido y la potencia de conceptos de función como el de la reacción circular baldwiniana y piagetiana (Sanchez 2009a). Las acciones psicológicas son procesos más que entidades. Tratarlas con un formato paramétrico supone cosificarlas. Por ello lo psicológico, la acción de los organismos, soporta quizá mejor la idea de analogía que la de sustitución. Las acciones son procesos que se asemejan a otros, y en ese sentido pueden actuar de un modo funcionalmente equivalente. No son entidades que puedan sustituirse por otras idénticas. Es difícil pensar en acciones completamente idénticas una a otra, al igual que es difícil pensar en pautas cerebrales de activación completamente idénticas unas a otras. Aunque haya pautas de acción equivalentes unas a otras bajo ciertos criterios. Cabría entonces preguntarse si lo análogo pero no idéntico, que es la acción psicológica repetida que constituye los problemas y las soluciones, puede ser tratada psicoterapéuticamente con métodos realizados siempre de forma idéntica.

Supuestos constructivistas básicos y su relación con la psicoterapia

De un modo quizá contradictorio, vamos ahora finalmente a caracterizar la posición constructivista de partida de este texto (Fernández y Sánchez, 1990; Fernández, Sánchez, Aivar y Loredo, 2003; Fernández, Sánchez y Loy, 1995; Sánchez, 2009^a; Sánchez, 2009^b).

En las “ciencias humanas” en general, y en la psicología en particular, nos encontramos con una situación peculiar. Esta situación es la de que nuestro objeto de conocimiento son agentes, sujetos, los cuales no se limitan a funcionar conforme a reglas, sino que incorporan un principio de actividad y propositividad que les permite crear reglas, les permite generar acción y novedad. Esta dificultad se hace obviamente patente en la psicoterapia, ya que en ella la finalidad no es explicar o comprender su objeto de estudio, sino cambiarlo, intervenir modificándolo.

Nuestro conocimiento y conceptualización de la capacidad de agencia psicológica adopta distintas orientaciones. Los extremos serían quizás los polos del positivismo y pragmatismo.

El polo positivista desarrolla una concepción atomista y determinista de la naturaleza. La acción se convierte en una secuencia en la que cada estado determina al siguiente. En un mundo tal la garantía de la objetividad reside en el método. En lo tocante a la psicoterapia remite a opciones en las que el acercamiento al cliente se hace bajo la idea de la causalidad, el mecanismo y el control. Los parámetros que definen al cliente o su problema se constituyen en objetos a modificar por el terapeuta. Esta orientación permitiría en el extremo postular una metodología estricta bajo la idea de protocolos de tratamiento validados empíricamente como secuencias o listas de acciones establecidas unidireccionalmente por el terapeuta,

al modo de un protocolo médico sobre un órgano o patología somática. Pero este enfoque se ve puesto duramente a prueba por la clínica, donde los clientes tienen sus propias iniciativas, propósitos, deseos y formas de ver las cosas y de actuar, son capaces de generar acción y novedad y en muchas ocasiones incumplen nuestras prescripciones o nuestros deseos, o cumplen lo que les pedimos de un modo parcial, modificado o desvirtuado.

El papel del control en psicoterapia no es una discusión nueva. Entre otras cosas fue motivo de un debate entre Rogers y Skinner (1956). En algún aspecto lo que Skinner señalaba es que la ciencia de la conducta posibilitaba cada vez más el control de la conducta humana, lo cual generaba tanto la oportunidad como el deber de ejercer ese control para alcanzar una sociedad mejor. Algunas de las respuestas de Rogers son que la tecnología de control no libra de tener que decidir qué y para qué controlar, en torno a que valores orientar la acción, cuestiones que no son resueltas por la existencia de esa tecnología, y que en todo caso podríamos elegir entre hacernos responsables de controlar los actos del otro o promover las condiciones en las que el otro se haga responsable de sus propios actos. La respuesta de Skinner es que todo está controlado, no existe tal cosa como una elección o “dirección” interna de la conducta, y reposar en su supuesta existencia no coloca al self en posición de dirigir nada, sino que sitúa el control en otros aspectos del mundo del cliente, aspectos del entorno que no por no manejados tecnológicamente pasan a estar bajo la dirección del yo. Me permitiría añadir que bajo este supuesto skinneriano de control todo el debate de Skinner y Rogers estaría francamente de más, por cuanto todo punto de vista está controlado por el entorno, y la reacción que cada uno de sus lectores pueda tener también. Control por control nadie podría decidir sobre nada, pues todo es controlado.

Pero si no fuera cierto que toda acción es fruto del control, y que el determinismo no aborda adecuadamente lo psicológico ¿es todo pura libertad? Aquí se situaría el polo pragmatista. Supone un abordaje de la acción psicológica bajo el primado de la libertad. Se reconoce el papel rector y la agencia de la voluntad. Pero esta queda indeterminada fuera del esquema causal. La opción en psicoterapia es entonces abordar al cliente bajo la idea de libertad y particularidad. No cabe aquí generalizar entre individuos y problemas, cada caso y persona son absolutamente irrepetibles. En esta línea Fernández Liria (2000) ha señalado que en psicoterapia no cabría siquiera interpretar, ya que eso requiere de un marco de interpretación y de verdad, y en realidad únicamente sería posible hacer comentarios, al modo de significados que nos sugiere un texto, ni verdaderos ni falsos sino sólo útiles o no para aquellos que los reciben. En el límite la psicoterapia se convierte en una disciplina narrativa, de lo particular, de lo estrictamente individual, para la que no hay dimensiones generalizables. En este polo pragmatista cabe encuadrar diversos enfoques postmodernos y construccionistas (De Shazer, 1995; Gergen, 2006; White y Epston, 1993)

Señalaremos ahora unos supuestos constructivistas que se sitúan en un campo de tensiones entre los polos del positivismo y el pragmatismo. Son supuestos que se ejercen sin duda de un modo efectivo en muchas sesiones de psicoterapia de diversas orientaciones. También se configuran o ejercen en distinto grado en diversos modelos psicoterapéuticos (Manjón, 2010). Dichos supuestos apuntan a una vía que, respetando la propositividad y actividad del sujeto, no renuncie a abordar la inteligibilidad y organización de sus acciones. Las regularidades de la acción de cliente y terapeuta, y los efectos que obtienen, son las que permiten construir acción efectiva y conocimiento. Dichos supuestos son:

-Agencia. El individuo es un agente. Ser un agente supone capacidad para generar acción, para ejercer propósitos e intenciones. Esta afirmación aparentemente trivial implica que un agente, y sus acciones, no son productos del ambiente, ni de los genes, ni de la fisiología ni anatomía. Todas esas condiciones se presuponen y en diversa medida condicionan la acción del agente. Pero no la determinan.

Por lo que respecta al contexto terapéutico esto implica, al menos, que el terapeuta puede promover, recomendar, ordenar o sugerir acciones al cliente, pero no puede en último término controlarlas o determinarlas causalmente. Tampoco puede hacerlas por él, como sucedería en el caso de un cirujano que opera sobre nuestro cuerpo anestesiado o inconsciente. El terapeuta no puede anular la iniciativa y propositividad del cliente, sino que debe más bien relacionarse con ella de un modo eficaz para los fines acordados.

-Sujeto. El individuo es un sujeto. Esto remite a que sus formas de operar y actuar no son puramente individuales, subjetivistas, idiosincrásicas. En muchos construccionismos postmodernos se alega que cada persona construye la realidad de un modo diferente y particular. Los problemas y su solución serían entonces algo exclusivamente individual, no generalizable en absoluto. A diferencia de esta postura, defendemos que la idea de construcción cobra sentido constructivista cuando se especifica qué se construye y cómo, cuando se remite a las operaciones de los sujetos que construyen y cuando se busca explicitar y sistematizar la psicológica del problema y su solución, que remite en algún grado a condiciones comunes a todo sujeto y no estrictamente individuales.

La idea de sujeto implica que en las formas de operar hay regularidades que resultan sistemáticamente válidas, que hay acciones sistemáticamente más eficaces que otras para conseguir ciertos efectos. Si bien todo sujeto incorpora particularidades, la eficacia de las acciones no es arbitraria, puramente relativista, absolutamente personal. Nuestras operaciones establecen regularidades, acciones repetidas que permiten obtener repetidamente los mismos efectos. Este es el principio que nos permite confiar en la regularidad del mundo. Esta consistencia de nuestras acciones, estas regularidades, es lo que nos posibilita establecer operatoriamente “verdades” y crear conocimiento.

Esto remite a cuestiones como el hecho de que el modo más eficaz para reducir

el miedo sea algún modo de afrontamiento de lo temido, y a cómo la evitación fácilmente genera un aumento de ese miedo. O a como en la depresión la estrategia de renunciar a actuar al sentirse incapaz funciona aumentando la sensación de incapacidad y contribuyendo a empeorar el ánimo. El propio desarrollo de la psicología como disciplina constituye en buena medida la conceptualización de las condiciones que definen lo psicológico, como pueda ser el desarrollo cognitivo piagetiano, los vínculos afectivos al estilo de Bowlby, las características de determinadas emociones o la efectividad o funcionamiento de diversos procesos de aprendizaje o razonamiento.

La idea de sujeto remite a que hay regularidades en nuestras operaciones que se cumplen para todos, y su efecto no depende de la mera voluntad o perspectiva individual. Remite a que lo psicológico sea en alguna medida organizado e inteligible, frente a la pura particularidad. Estas regularidades de nuestras acciones posibilitan una disciplina psicológica y un cuerpo de conocimientos psicológicos y psicoterapéuticos.

-El lenguaje no crea el mundo. Por expresarlo con una imagen, diremos que el lenguaje puede permitirnos pensar, elaborar y refinar el concepto de pared y lo que hacemos con ella. Pero no nos permitirá atravesarla, al menos impunemente. Nuestras acciones encuentran límites que el lenguaje no puede vencer. Nuestras operaciones presentan límites y condiciones de posibilidad. El lenguaje, con su extraordinaria importancia, no es la única forma de operar sino una más, al igual que operamos al percibir, al actuar, al sentir, al razonar, al emocionarnos, cuestiones todas ellas que se relacionan y modifican de acuerdo con el uso que hagamos del lenguaje, pero no se reducen a lenguaje.

En lo tocante a la psicoterapia el que un problema mejore o empeore dependerá de las acciones que implementemos y mantengamos. Dejar de fumar, mejorar una relación, superar una depresión, implican diversas acciones mantenidas en el tiempo. De un modo casi trivial diríamos que la mera enunciación de una condición, de un hecho, de una intención o de un plan, o la mera enunciación verbal de un cambio o una nueva perspectiva, no se traducirán necesariamente en cambios efectivos. Los cambios sucederán en la medida en que nuestras acciones cambien a múltiples niveles. Enunciar un cambio no lo hace necesariamente más posible ni efectivo. El lenguaje no crea el mundo, aunque nos permita planificar y operar más eficazmente sobre él.

Recapitulación Final

Querría ahora hacer una recapitulación de aquellos aspectos previos que remiten con más claridad a la psicoterapia, a fin de dar una imagen de conjunto:

-La psicoterapia como encuentro entre sujetos. Tanto psicoterapeuta como “pacientes” tienen agencia y modos de acción con aspectos generales y específicos de cada uno. La psicoterapia no es una acción sujeto objeto, no es la acción directa

de un sujeto terapeuta sobre un objeto problema. Es una relación entre sujetos en la que el terapeuta solo puede hacer, solo puede actuar respecto al cliente, que es el que actúa sobre su problema. Los actos terapéuticos se basan en una estimación tanto del problema, como de las competencias, emociones y actitudes del cliente, como de la relación entre terapeuta y cliente, y que es admisible o adecuado en ella. El terapeuta ejerce por tanto una teoría del problema, una teoría del sujeto y una teoría de la interacción entre sujetos.

-Medicina y psicología. El modelo médico acude a la explicación de los problemas en términos de fisiología y anatomía. En este sentido cobra una dimensión de eficacia esencial, y casi diríamos ideal, cuando la acción es ejercida directamente por el médico sobre la anatomía o fisiología, como en la cirugía o las Unidades de Cuidados Intensivos. La psicología explica los problemas en términos de la acción psicológica, de los sujetos como agentes con iniciativa y modos organizados de hacer. Es un nivel de explicación y operación diferente. El psicoterapeuta no puede por tanto actuar directamente, de modo instrumental, sobre los problemas del cliente. Su acción es interpuesta, ya que actúa para maximizar la posibilidad de que el cliente actúe de otro modo sobre sus problemas. La filosofía de los TEV corre el riesgo de importar un modelo médico en el que la terapia tienda a enfocarse como una tarea realizada unidireccionalmente por el terapeuta sobre el problema, lo cual oscurece más que aclara la acción psicoterapéutica.

-Técnicas y valor de uso. La técnica que proponemos al cliente para que maneje o solucione sus problemas cabe leerla desde la idea de valor de uso. El sentido primero y más obvio del uso es que dicha técnica sea o no usada por el sujeto, ya que no basta que se la expliquen o sugieran sino que la práctica es la condición mínima para que algo funcione. El segundo sentido y no tan obvio es que la técnica no es una entidad con propiedades curativas intrínsecas, ni una entidad terapéutica que interacciona con entidades patológicas generando efectos curativos. La técnica terapéutica es un conjunto de operaciones organizadas cuya eficacia depende de los cambios que produzca en las operaciones en curso que generan o mantienen los problemas.

-Protocolos y eliminación del sujeto. La idea límite de protocolos terapéuticos como secuencias de acción predeterminadas y unilaterales por parte del psicoterapeuta sería el ideal para la validación de tratamientos, por replicable. Este formato establece una suerte de eliminación del sujeto. El cliente ideal ejecutaría las acciones que se le piden y describen en detalle, y sería un medio “neutro” que transmitiría las pautas del terapeuta de modo que estas lleguen hasta el problema y actúen sobre él. El marco de fondo es el del terapeuta trabajando directamente sobre el problema, al modo de un médico trabajando sobre los parámetros de un hígado o un riñón. Pero los pacientes suelen conservar su posición de agentes, con intencionalidad, con una disposición y organización en su forma de actuar. Entonces el terapeuta se encuentra con que la aplicación de protocolos precisa

siempre cambios y variaciones, y la actividad del cliente a menudo se convierte en “resistencia”. Los ajustes del protocolo no serían circunstanciales y debidos a errores en su diseño o aplicación, sino esenciales y que remiten al proceso de integración y acercamiento a la agencia y el modo de operar del cliente. Lo adecuado de los protocolos y las técnicas no es que se realicen siempre igual, sino que permitan la puesta en marcha por parte del cliente de operaciones que le permitan solucionar su problema.

-Podríamos pensar que la psicoterapia consista en dar consejos, aplicar técnicas o seguir estrictamente una secuencia de pasos protocolizada. Esas ideas soportan mal el contacto con la clínica. Lo que he tratado de argumentar en este texto es que la psicoterapia consiste en acercarse al cliente como sujeto, y contribuir a que el cliente establezca modificaciones en la forma de operar que genera o mantiene los problemas, a fin de generar nuevos cursos de acción que supongan soluciones. Sujeto con objetivos, preferencias y modos de funcionar peculiares, de los que hay que hacerse cargo, pero con características comunes a otros sujetos que son cognoscibles, sistematizables y protocolizables en cierta medida. La psicoterapia puede requerir y emplear técnicas o protocolos, pero no se reduce a ellas.

-Lógica psicológica y psicoterapéutica. La idea de lógica psicológica remite a la sofisticación con la que podemos hacernos cargo de los procesos psicológicos que constituyen, mantienen o empeoran los problemas del cliente, incorporando la agencia y entrelazando procedimientos, medios y fines. Estas lógicas serán mejores o peores de acuerdo con su funcionalidad, de acuerdo con la eficacia que posibiliten. La idea de lógica psicoterapéutica remite a los modos de comprensión y actuación del psicoterapeuta para favorecer que el cliente maneje la lógica psicológica de su problema de un modo más adecuado, remiten a los modos para hacer hacer al otro. Supone el reconocimiento del otro como sujeto, lo cual implica valorar cuales son los modos adecuados para relacionarnos con él, frente a la idea de un protocolo en el que se expliciten con detalle los pasos delimitados y precisos a seguir por el terapeuta.

-Un supuesto central a la posición que ejerzo es que las acciones y problemas psicológicos están organizados y suceden de un modo, y no de otro, o por azar. Entonces habrá operaciones más eficaces que otras para generar cambios y soluciones. Las acciones de psicoterapeuta y cliente encuentran límites, y su desarrollo en la psicoterapia es la articulación de los modos más eficaces para salvar dichos límites. Dichos límites en ocasiones son manejables y salvables por alguna ruta alternativa y en otras ocasiones no, en cuyo caso el problema tiene que ver con cómo convivir con esos límites.

-Para manejar nuestros límites como terapeutas, y los límites de nuestros clientes, disponemos de distintos conocimientos, prácticas, estudios empíricos, enfoques teóricos, perspectivas y actitudes. Estos conocimientos son en muchas ocasiones contradictorios, lo cual si bien supone una riqueza, aumenta también la

complejidad. La pretensión de este texto ha sido ejercer una perspectiva que haga más inteligibles y manejables nuestras acciones en psicoterapia.

Este texto plantea el papel y sentido de los protocolos de tratamiento en la psicoterapia. Esta tarea requiere una definición de la psicoterapia como tarea en la que tanto el terapeuta como el cliente son agentes activos. La tarea del terapeuta no es tanto manejar los problemas del cliente como orientar la actividad de este en direcciones que le permitan un mejor manejo de esos problemas. Esta tarea puede ser acotada a través de diversas conceptualizaciones, mapas y esquemas de acciones. Pero no puede ser definida bajo la idea extrema de protocolo como secuencia prefijada de acciones del terapeuta, que sería el referente ideal en términos metodológicos al posibilitar la replicación y se adecua a la filosofía de la Medicina Basada en la Evidencia al concebir la psicoterapia como una técnica que funciona de modo análogo a un fármaco, pero encaja mal con el comportamiento del cliente como agente activo.

Palabras Clave: *Psicoterapia, protocolos, tratamiento psicológico, sujeto, constructivismo.*

Referencias bibliográficas

- Ablon JS y Jones EE (2002). Validity of Controlled Clinical Trials of Psychotherapy: Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Am J Psychiatry*, 159(5), 775-783.
- American Psychological Association (APA) Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training in and dissemination of empirically validated treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48(1), 3 - 23.
- American Psychological Association (2005a). APA Policy Statement on EvidenceBased Practice. Consultado en línea el 7/3/12 en <http://www.apa.org/practice/resources/evidence/>
- American Psychological Association (2005b). Report of the 2005 Presidential Task Force on EvidenceBased Practice. Consultado en línea el 7/3/12 en <http://www.apa.org/practice/resources/evidence/>
- Ariely D (2009). *Las Trampas del Deseo*. Barcelona: Ariel.
- Becoña Iglesias E, Vázquez Domínguez MJ, Míguez Varela MC, Casete Fernández L, Lloves Moratinos M, Nogueiras Fernández L, González Valerio N, Lage Muiño M, Suárez Pita S, GutiérrezMoyano Zimmerman MM, Lorenzo Pontevedra MC, Baamonde Rodríguez MG (2004). Guías de tratamiento y guías para la práctica clínica psicológica: una visión desde la clínica. *Papeles del Psicólogo*, 87, consultado en línea el 2/3/12 en <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1135>
- Beyebach M y Herrero de Vega M (2006). La tiranía del “paradigma de la especificidad”. Algunas reflexiones críticas sobre factores comunes y procedimientos específicos en psicoterapia. En Botella L (comp.), *Construcciones, narrativas y relaciones. Aportaciones constructivistas y construccionistas a la psicoterapia* (pp 269-298). Barcelona: Edebé.
- Castelnuovo G (2010). Empirically supported treatments in psychotherapy: towards an evidencebased or evidencebiased psychology in clinical settings? *Frontiers in psychology*, 1, july 2010, consultado en línea el 2/3/12 en http://www.researchgate.net/publication/51563367_Empirically_supported_treatments_in_psychotherapy_towards_an_evidencebased_or_evidencebiased_psychoLOGY_in_clinical_settings.
- Castelnuovo G, Faccio E, Molinari E, Nardone G, Salvini A (2004). A critical review of Empirically Supported Treatments (ESTs) and Common Factors perspective in Psychotherapy. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, 1, 208-224.

- Castelnuovo G, Faccio E, Molinari E, Nardone G, Salvini A (2005). Evidence based approach in psychotherapy: the limitations of current Empirically Supported Treatments paradigms and of similar theoretical approaches as regards establishing efficient and effective treatments in psychotherapy. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, 2, 229-248.
- Cialdini RB (2009). *Influence. Science and Practice*. Boston: Pearson/Allyn and Bacon.
- Chambless DL, Baker MJ, Baucom DH, Beutler LE, Calhoun KS, Crits-Christoph P, Daiuto A, DeRubeis R, Detweiler J, Haaga DAF, Bennett Johnson S, McCurry S, Mueser KT, Pope K S, Sanderson WC, Shoham V, Stickle T, Williams DA y Woody SR (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51(1), 3 - 16.
- Chambless DL, Sanderson WC, Shoham V, Bennett Johnson S, Pope KS, Crits-Christoph P, Baker M, Johnson B, Woody SR, Sue S, Beutler L, Williams DA y McCurry S (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49, 5-18.
- Damasio A (2006). *En busca de Spinoza. Neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Barcelona: Crítica.
- Damasio A (2011). *El error de Descartes. La emoción, la razón y el cerebro humano*. Barcelona: Destino.
- De Shazer S (1995). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Duncan BL (2002). The Legacy of Saul Rosenzweig: The Profundity of the Dodo Bird. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12 (1), 32-57.
- Duncan BL y Miller SD (2006). Treatment Manuals do not improve outcomes. En Norcross JC, Beutler LE y Levant RF (comps.), *EvidenceBased Practices in Mental Health. Debate and Dialogue on the Fundamental Questions* (pp 140-149). Washington: American Psychological Association.
- Duncan BL, Miller SD, Wampold BE y Hubble MA (comps.) (2010). *The heart and soul of change. Delivering what works in therapy (2 d edition)*. Washington: American Psychological Association.
- Elster J (2000). *Ulises y las sirenas. Estudios sobre racionalidad e irracionalidad*. México DF: Fondo de Cultura Económica.
- Ezama E, Alonso Y y Fontanil Y (2010). Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología. *Internacional Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 2, 293-314.
- Ezama E, Alonso Y, González S, Galván S y Fontanil Y (2011). Tareas terapéuticas: ¿qué clase de ayuda se busca en las consultas de psicoterapia?. *Psicothema*, 23 (4), 566-572.
- Fernández TR y Sánchez JC (1990). Sobre el supuesto mecanismo de la selección natural. Darwin visto desde Kant. *Revista de Historia de la Psicología*, 11 (12), 17-46.
- Fernández TR, Sánchez JC, Aivar P, Loredó JC (2003) Representación y significado en psicología cognitiva: una reflexión constructivista. *Estudios de Psicología*, 24 (1), 532.
- Fernández, TR, Sánchez JC y Loy I (1995). *Kant y la historia del Sujeto: un esbozo biográfico*. Comunicación presentada al VIII Symposium de la Sociedad Española de Historia de la Psicología. Palma de Mallorca, 27-29 de Abril.
- Fernández Hermida JR y Pérez Alvarez M (2001). Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13 (3), 337-344.
- Fernández Liria A (2000). From interpretation to commentary: Truth and meaning in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 32-34.
- Fisch R, Weakland JH, Segal R (1994). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Gelso Ch J (2011). Emerging and Continuing Trends in Psychotherapy: Views From an Editor's Eye, *Psychotherapy*, 48 (2), 182-187.
- Gergen KJ (2006). *Construir la realidad. El futuro de la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Homero (1972). *La Odisea*. Barcelona: Juventud.
- Labrador Encinas FJ, Vallejo Pareja MA, Matellanes Matellanes M, Echeburúa Odriozola E, Bados López A, FernándezMontalvo J (2003). La eficacia de los tratamientos psicológicos. *Infocop*, 84, 25-30.
- Linehan MM (1993). *CognitiveBehavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Llobell JP, Frías Navarro MD, Monterde i Bort H (2004) Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y practica clínica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 18.
- Manjón González J (2010). Constructivismos y Psicoterapia. *Revista Oficial de la Sección de Psicología Clínica del Colegio Oficial de Psicólogos de Galicia*, 5, 187-292.
- Miller WR y Rollnick S (2008). *La Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.
- Nardone G (1997). *Miedo, pánico, fobias. La terapia breve*. Barcelona: Herder.

- Nardone G y Balbi E (2009). *Surcar el mar sin que el cielo lo sepa. Lecciones sobre el cambio terapéutico y la lógica no ordinaria*. Barcelona: Herder.
- Nardone G, Salvini A (2006). *El Diálogo Estratégico. Comunicar Persuadiendo: Técnicas para conseguir el cambio*. Barcelona: RBA.
- Norcross JC (comp.) (2002). *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Norcross JC, Beutler LE y Levant RF (comps.) (2006) *EvidenceBased Practices in Mental Health. Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington: American Psychological Association.
- Norcross JC (2011). Conclusions and Recommendations of the Interdivisional (APA Divisions 12 & 29) Task Force on EvidenceBased Therapy Relationships. Consultado en línea el 4/5/12 en <http://www.divisionofpsychotherapy.org/continuingeducation/taskforceonevidencebasedtherapyrelationships/conclusionsofthetaskforce/>
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la Lengua Española*, vigésima segunda edición, consultado en línea el 12/1/12 en <http://www.rae.es/rae.html>
- Rodríguez Morejón A (2004). La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: alternativas a los tratamientos empíricamente validados. *Papeles del psicólogo*, 87, consultado en línea el 3/4/12 en <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?ID=1139>.
- Rogers CR y Skinner BF (1956). Some Issues Concerning the Control of Human Behavior. *Science*, 124 (3231), 1057-1066.
- Sánchez JC (2009a). Función y Génesis. La idea de función en psicología y la especificidad del constructivismo. *Estudios de Psicología*, 30 (2), 131-149.
- Sánchez JC (2009b). Los límites del constructivismo. En Loredó JC, SánchezCriado T y López D (Comps.) *¿Dónde reside la acción? Agencia, constructivismo y psicología* (pp 291-326).. Madrid: UNED/Universidad de Murcia.
- Tversky A y Kahneman D (1974) Judgment under uncertainty: heuristics and biases. *Science*, 185(4157), 1124-1131.
- Tversky A y Kahneman D (1981). The framing of decisions and the psychology of choice. *Science*, 211(4481), 453-458.
- Vazquez Valverde C y Nieto Moreno M (2005). Psicología (clínica) basada en la evidencia (PBE): una revisión conceptual y metodológica. En Romero Cuadra JL y Alvaro Vazquez R (comps.), *Psicopolis: Paradigmas actuales y alternativos en la psicología contemporánea* (pp465-485). Barcelona: Kairós.
- Vygotski LS (1989). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Crítica.
- Wampold BE (2001). *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods and Findings*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Weinberg I, Ronningstam E, Goldblatt MJ, Schechter M, Maltzberger JT (2011). Common Factors in Empirically Supported Treatments of Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep*, 13, 60-68.
- White M y Epston D (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Wittgenstein L (2007). *Tractatus logicophilosophicus*. Madrid: Alianza.
- Wittgenstein L (2008). *Investigaciones Filosóficas*. Barcelona: Crítica.
- Wood D, Bruner JS y Ross G (1976). The role of tutoring in problem solving. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 17, 89-100.
- Woody SR, Weisz JR y McLean C (2005). Empirically Supported Treatments: 10 years later. *The Clinical Psychologist*, 58(4), 5-11.