**Florenzano, R. (2017). Conceptos, indicaciones y principios de psicoterapias. (Eds.), Texto de Psiquiatría (pp. 731-741). Santiago, Chile: SONEPSYN.**

Página 731

**Sección IV**

**CONCEPTO, INDICACIONES Y PRINCÍPÍOS DE PSICOTERAPIAS**

Ramón Florenzano Urzúa

**Concepto e introducción histórica**

La curación por la palabra, existe desde el comienzo de la historia de la humanidad escrita. Ya en la antigüedad clásica, los griegos buscaron refugio en los templos de Asklepios para realizar *catarsis,* expresando lo que tenían en la mente a un interlocutor o a un grupo, para eliminar pensamientos o emociones tóxicas. El interlocutor podía ser un hechicero, y la catarsis llevaba a una sensación de alivio. Prácticas de este tipo se han documentado en múltiples culturas, y las religiones han formalizado esta "cura de almas" en prácticas como el sacramento de la confesión de los pecados. Sin embargo, el desarrollo de una aproximación científica tuvo que esperar al siglo XIX, a la aparición de la psicología positiva y a la formulación del método psicoanalítico por Sigmund Freud. En este capítulo haremos una revisión somera del desarrollo de las principales corrientes psicoterapéuticas, seguido por una actualización acerca de las indicaciones de intervenciones psicoterapéuticas. Finalmente, haremos un listado de principios generales de intervenciones psicoterapéuticas genéricas, independientes de técnicas específicas.

El concepto de psicoterapia alude a un cambio en la persona, que tiene consecuen­cias en su comportamiento externo. Este cambio debe involucrar cambios en los pensa­mientos, en las emociones, y finalmente en las acciones. Desde las funciones psicológicas descritas desde los comienzos de la historia de la psicología como ciencia positiva en el siglo XIX, la función intelectual o *cognitiva* ha privilegiado el procesamiento interno de las ideas; la función emocional o *afectiva,* ha preferido focalizar las emociones; ambos canales desembocan en el mundo de la acción, o sea en la función *conativa.* Esta tradi­cional clasificación ha desembocado hoy en día en el hecho de que a pesar del número cada vez mayor de técnicas psicoterapéuticas específicas, hay hoy día terapias cognitivas, que se centran en la racionalidad, otras que buscan afectar los procesos emocionales, como lo hizo el psicoanálisis freudiano y lo siguen haciendo sus derivados, y otras comportamentales, se centran en el cambio conductual. Existen asimismo técnicas que integran varias áreas, como las cognitivo-conductuales, las emotivo-racionales, o las cognitivo-analíticas.

El psicoanálisis surge a fines del siglo XIX, y su creador Sigmund Freud intentó pri­mero basarlo en una psicología científica "para neurólogos". Posteriormente derivó a ampliar su visión, y en 1918 concluyó que el psicoanálisis era tanto una teoría acerca de los procesos mentales, un método de investigación del psiquis humano, y una forma de

Página 732

terapia de "ciertos trastornos mentales". En esta definición se esbozan desarrollos del psicoanálisis actual, y cien años después de que su autor lo definiera así, se ha vuelto a explorar las bases materiales de las vivencias de los pacientes en el neuropsicoanálsis, se investiga empíricamente acerca de la validez del método psicoanalítico, y se insiste en que éste solo es aplicable en algunos trastornos emocionales.

Sin embargo, desde el psicoanálisis clásico descrito por su fundador, hasta las técni­cas actuales hubo cambios importantes. Pocos practican hoy día la terapia de cuatro a cinco veces por semana, y muchos si usan las psicoterapias dinámicas, como llamaron a estos derivados del psicoanálisis los norteamericanos, lo que los ingleses llaman, en plural, terapias analíticas.

Ya en la década de 1920 Sandor Ferenczi desarrolló una "técnica activa", inten­tando abreviar la duración de un tratamiento que era demasiado prolongado para un mundo que había comenzado a acelerar su paso después de los impactantes hechos posteriores a la Gran Guerra. Esta técnica que se enfocaba en los síntomas de consulta, y que buscaba provocar angustia para acelerar el cambio, fue la base de las técnicas dinámicas desarrolladas después de la Segunda Guerra en los Estados Unidos por Franz Alexander, Theodor Bellak, o en Canadá por Habib Davanloo y en Londres por David Malan. Los creadores de estas psicoterapias breves insistieron que focalizando la defini­ción del motivo de consulta, fijando el número de sesiones y formulando una hipótesis temprana acerca de lo esencial a interpretar en cada caso, se podían conseguir cambios conductuales en un tiempo más reducido que el habitual.

Un elemento adicional fue introducido en Boston, primero por John Lindemann, que desarrolló intervenciones en crisis en sujetos que habían experimentado eventos vitales traumáticos, y luego por Peter Sifneos, que formuló su psicoterapia breve provocadora de angustia, que el separaba de las terapias de apoyo, que más bien buscaban atenuar los síntomas y readaptar al paciente a su estado anterior a la crisis. Autores posterio­res ya mencionados ampliaron este foco en terapias breves en sujetos con síntomas específicos y crisis externas evidentes, a pacientes con dificultades más crónicas y con alteraciones de la personalidad. Davanloo, en Canadá, acepta pacientes con dificulta­des caracterológicas, y amplía el número de sesiones desde 12 hasta 30. En Kentucky, Hans Strupp, diseña el primer manual de psicoterapias, abriendo el campo para dife­rentes técnicas manualizadas. En nuestro medio, Guillermo de la Parra, ha explorado sistemáticamente este tipo de intervenciones. En décadas posteriores del siglo pasado, aparecen interesados en las técnicas narrativas, que subrayan el relato que el paciente hace de sus dificultades, así como aproximaciones intersubjetivas que oscilan desde la exploración en profundidad del mudo interno del paciente hacia el estudio del vínculo entre éste y su terapeuta. Esto está en la línea del foco en la interacción entre la trans­ferencia y la contra-transferencia, foco que fue ya subrayado por el propio Freud y que ha sido el tema de posteriores divergencias técnicas entre analistas: los seguidores de Melanie Klein, por ejemplo, han insistido en la importancia de una atención esmerada a la propia contratransferencia.

Como ya mencionamos, desde fines del siglo XIX hasta nuestros días, han surgido diferentes aproximaciones teóricas y métodos prácticos para realizar terapias psicológi­cas. En lo que sigue señalaremos cómo estas aproximaciones, inicialmente en compe­tencias y últimamente en intentos integrativos o colaborativos, pueden ser utilizados para construir un collage de técnicas psicosociales que permitan ayudar a más pacientes

Página 733

presentando cuadros específicos con técnicas que ha sido validadas por diversos métodos de investigación.

**Clasificación y principios de las corrientes psicoterapéuticas**

Alrededor de un tercio de los chileno/as presentan un trastorno emocional a lo largo de sus vidas. Entre los tratamientos psicológicos disponibles, existen una variedad de terapias de efectividad variable. En lo que sigue revisaremos las ventajas, problemas así como la validez empírica de las diversas modalidades terapéuticas.

El psicoanálisis postula que los problemas mentales surgen de deseos y motivaciones inconscientes y experiencias infantiles tempranas. Las psicoterapias de esta orientación buscan desenterrar experiencias tempranas, lo que requiere a veces un tratamiento pro­longado en el tiempo. Sigmund Freud, sugirió que los problemas psiquiátricos eran el re­sultado del conflicto entre diferentes aspectos de la mente: el Ello, el Yo y el Superyó. El Ello representa los impulsos egoístas inconscientes, el Superyó aquella parte parcialmente consciente que almacena los valores morales y las normas sociales, y el Ello, que también es parcialmente consciente, intermedia la tensión entre las dos primeras instancias. La psicoterapia intenta resolver el conflicto interno al traer a la luz elementos inconscientes. Hoy día las terapias psicodinámicas han reemplazado al psicoanálisis clásico ya que son más cortas y se localizan en disminuir el estrés en tiempo presente, más que tratar de cambiar por completo la personalidad del paciente.

Entre las técnicas específicas, la asociación libre explora los pensamientos, acompaña­da por la revisión de las relaciones infantiles tempranas, así como los sueños del paciente. Los clínicos psicodinámicos adoptan una actitud receptiva, que involucra el interpretar los pensamientos y conductas del paciente en términos de sus vivencias iluminadas por este marco teórico. De acuerdo a Freud, los pacientes pueden proyectar sus emociones hada los demás en el terapeuta en un proceso denominado transferencia. A la inversa, los terapeutas pueden proyectar sus emociones en los pacientes en la así denominada contratransferencia.

La principal desventaja de estas terapias ha sido la dificultad en encontrar validación empírica, así como su costo, dada la tendencia a que dure períodos prolongados de tiempo con sesiones frecuentes. Su principal ventaja es la satisfacción que experimentan paciente y terapeuta en la exploración minuciosa de vivencias y conflictos.

**Terapias humanísticas y centradas en la persona**

Esta aproximación se centra en crear un ambiente apropiado para la autoexploración. Su creador, Cari Rogers promovió la idea que el paciente cambia con la ayuda de un terapeuta apoyador que permite el autoconocimiento. Rogers pensaba que la relación profesional-paciente debe ser cordial e igualitaria, y que los terapeutas debieran evitar enjuiciar a su cliente, en una actitud de elevada empatía.

La técnica de esta orientación, tal como la psicoanalítica, es poco estructurada, pero el terapeuta no trata de modificar los pensamientos o comportamientos del paciente directamente, sino que ofrece un clima cálido, sin juicios de valor, adecuado para el cre­cimiento de la persona. Esto es llamado aceptación incondicional. Una ventaja crucial de

Página 734

la terapia centrada en la persona es la calidad positiva de la relación, y una desventaja es la dificultad de operacionalizar la técnica, por su falta de direccionalidad.

**Terapias cognitivo conductuales (TCC)**

Esta orientación enfrenta el distrés psicológico vocalizando las cogniciones y conduc­tas, centrándose en problemas presentes con un foco en objetivos precisos que pueden ser cambiados. La evaluación empírica de esta orientación ha mostrado que resuelve una cantidad de los problemas que enfrenta. Entre los teóricos de este enfoque están Aaron Beck y Albert Ellis, quienes observaron que los pensamientos automáticos eran el producto de creencias maladaptativas acerca de uno mismo, del mundo circundante y del propio futuro. La primera fase de la aproximación de Beck es la identificación y el desafío de los pensamientos automáticos. Esto es seguido por un examen en mayor profundidad de las fuentes de estas cogniciones maladaptativas. La técnica empleada se centra en desafiar los pensamientos y conductas a través de terapia de exposición, en la cual el paciente desaprende sus temores irracionales confrontando repetidamente las situaciones que le provocan angustia. Entre las ventajas de este enfoque es la abundante literatura que demuestra empíricamente su efectividad, y la mayor desventaja es que el procedimiento requiere una participación activa tanto durante como entre las sesiones.

**Terapias basadas en la aceptación y mindfulness**

Esta terapia requiere también una aceptación incondicional y sin enjuiciamiento del paciente, y busca una autorregulación de la atención y una capacidad mayor de localización en el tiempo presente. Entre las técnicas específicas se encuentran el yoga, la meditación, o bien se combinan con TCC, como en la terapia dialéctico conductual (DBT): otro enfoque emergente es la terapia de aceptación y compromiso, en la cual se entrena al paciente a observar los propios pensamientos en forma desapegada.

La personalidad individual está determinada por una interacción entre elementos biológicos inscritos en el genoma (el tradicionalmente llamado temperamento) y las prácticas de crianza, las creencias familiares y el lenguaje dado por la cultura nacional específica en la que el niño nace. Esto se ha estudiado en niños genéticamente similares que se desarrollan en culturas diferentes. Los aspectos socioculturales han sido objeto de mayor atención, a lo largo de un siglo que experimentó desplazamientos humanos masivos no ya solo entre naciones sino entre continentes. Los efectos psicosociales de las migraciones se han transformado en un gran tema del siglo XXI, y las terapias sensitivas a estos factores son un tema *crucial en años* recientes en países, como Chile, que tuvo una migración estable desde Europa inicialmente, que se ha transformado en país receptor de migrantes del resto de Latinoamérica.

El *"self social"* ha sido estudiado como el proceso en el cual el *self* genotípico here­dado por el niño es modificado por una determinada cultura y le hace internalizar las "voces" específicas de sus cuidadores. Los patrones de relación así establecidos reflejan los valores familiares aún en forma inconsciente, y contribuyen a la consolidación de per­sonalidades con pensamientos, sentimientos y significados culturalmente delimitados. Las culturas tradicionales cerradas llevan a conductas y restricciones sociales rígidas. Distinto tipos de mapas culturales están también implícitos en distintos tipos de psicoterapias. Los terapeutas, para poder trabajar en forma más libre, deben reconocer sus propios valores culturales normativos.

Página 735

Algunas terapias recientes combinan aproximaciones de diferentes corrientes psicoterapéuticas. Usaremos como ejemplo la Terapia Cognitivo Analítica (CAT por sus siglas en inglés). Ryle y Kerr, en la década de los 1990 en Inglaterra, parten de una comprensión psicoanalítica, con intervenciones operativas que basan en técnicas cognitiva y posturas vygotskianas. Enfatizan el trabajo colaborativo entre terapeuta y paciente en la creación y reformulación del problema. Toman del enfoque psicoanalítico el énfasis en las rela­ciones tempranas en el desarrollo de las dificultades psicológicas, el reconocimiento de los patrones infantiles en las patologías adultas, y la internalización en estas relaciones de valores y estructuras culturales. El modelo de intervención se plantea *“hacer con"* el paciente, y la relación terapéutica es un facilitador del cambio conductual. Se ha insistido en la importancia de investigar acerca de la efectividad de esta modalidad, que se ha diseñado con expresa atención a las necesidades de los pacientes del sector público, que no tienen ni el tiempo ni los recursos económicos de otros usuarios más acaudalados para solventar tratamientos prolongados.

Otras intervenciones que han buscado integrar enfoques inicialmente diversos son aquellas basadas en las teorías del apego y en los procesos de pérdida y duelo. Iniciadas por el psicoanalista inglés John Bowlvy en la década de los 1950, estas parten del hecho de que los primeros años de vida, incluyendo al intrauterina, son años de gran plasticidad neuronal. La maduración cerebral coincide con interacciones con los primeros vínculos familiares, por lo que los niños pequeños son especialmente vulnerables, y las carencias o traumas tempranos pueden dejar huellas profundas en la biología no solo del cerebro sino de todo el cuerpo. Esto lleva a distorsiones en los esquemas mentales del niño, que seguirán actuando cuando ya sea adulto. El daño biológico dificulta el trabajo posterior del terapeuta para crear *insight* sobre los problemas internos. El cambio neurobiológico, sin embargo, es posible, ya que la plasticidad neuronal no desaparece con los años, sino que se hace más lenta y laboriosa. Las conductas del niño a su vez influenciarán las respuestas de sus padres o cuidadores, lo que crea una interacción dinámica que puede utilizarse posteriormente en psicoterapia para intentar modificar patrones largamente consolidados. Un niño, agresivamente demandante, hace que sus cuidadores reaccionen negativamente. El terapeuta entrenado puede no reaccionar a esta provocación, y buscar vías alternativas de resolución de problemas.

Como ya mencionamos, desde fines del siglo XIX hasta nuestros días, han surgido di­ferentes aproximaciones teóricas y métodos prácticos para realizar terapias psicológicas. En lo que sigue señalaremos cómo estas aproximaciones, inicialmente en competencias y últimamente en intentos integrativos o colaborativos, pueden ser utilizados para construir un collage de técnicas psicosociales que permitan ayudar a más pacientes presentando cuadros específicos con técnicas que han sido validadas por diversos métodos de inves­tigación.

**Indicaciones**

**Psicoterapias dinámicas**

Las indicaciones de esta aproximación variarán según el cuadro clínico. Contreras en el tratado de Vallejo Ruiloba desglosa esas indicaciones del siguiente modo:

*Esquizofrenias:* en este caso, se prefieren técnicas de apoyo, en el cual el terapeuta se transforma en un Yo auxiliar de un paciente que acepta un rol de enfermo con un

Página 736

cuadro psiquiátrico crónico. Se apoyan las defensas adaptativas y ia terapia colabora con la adherencia al tratamiento medicamentoso. Se pueden utilizar aproximaciones individuales, grupales o familiares.

*Trastornos del ánimo:* Dentro de los aportes psicoanalíticos a estos cuadros, desde el propio Freud, se elaboraron conceptos como el de que la manía es una fuga de la depre­sión, y de que esta última representa una fijación en etapas tempranas del desarrollo con sentimientos ambivalentes ante un objeto que es amado y odiado a la vez. Cuando el ob­jeto se aleja, aparece la distinción entre el duelo normal y la melancolía. En esta última, la agresión hacia el objeto se retroflecta (ocupando el término técnico ideado por Freud: se refleja desde el objeto perdido en el propio Yo, que es atacado sea mentalmente o en la realidad. Esto último sucede en las conductas suicidas. Psicoanalistas posteriores dentro de los psicólogos del Yo, como Bibring, señalaron la importancia de la pérdida de la autoestima en estos pacientes, donde aumenta la distancia entre un Ideal del Yo exigente y una vivencia disminuida de las propias capacidades. Kernberg, apoyándose en Edith Jacobson y en los hallazgos kleinianos, propone una aproximación modificada para los cuadros melancólicos, que toma en cuenta esta organización depresiva de la personalidad. Las técnicas de intervención intentan modificar esta representación dismi­nuida de sí mismo, nuevamente en forma individual, grupal o familiar.

*Trastornos ansiosos:* Estos cuadros en la teoría freudiana clásica son centrales, no solo en el caso de los síntomas ansiosos sino para la comprensión de todas las neurosis, que aparecen cuando distintas configuraciones defensivas llevan a angustia, obsesiones, fobias u otros cuadros. Los cuadros ansiosos corresponden a una evaluación que ha sido más recientemente sistematizada por Gabbard como una gradiente desde mayor inmadurez a *mayor* madurez: ansiedad de desintegración, ansiedad persecutoria, de separación, miedo a la pérdida de amor del objeto, ansiedad de castración o temor al Super Yo. En este último nivel, más maduro, aparecen la culpabilidad y la autoatribución de esta culpa. En las terapias psicoanalíticas se elaboran o trabajan estos sentimientos para estabilizar el mejor equilibrio defensivo posible.

Trastornos de personalidad. En estos trastornos, las agrupaciones en tres grandes *clusters* en los DSM hasta el IV TR (agrupación A: esquizoide, esquizotípica y paranoide; agrupación B: histérica, limítrofe, narcisista y antisocial; y agrupación C: excitativa, dependiente y obsesiva) llevan a intervenciones modificadas según ¡a severidad de los cuadros. Nuevamente, Otto Kernberg y sus seguidores, han diseñado una aproximación compleja pero útil cuando se decide hacer un tratamiento para modificar estos cuadros mediante intervenciones verbales prolongadas.

**Psicoterapias cognitivo-conductuales**

Fernández Aranda en el texto de Vallejo Ruiloba ha señalado las siguientes indicacio­nes de las terapias cognitivo-conductuales actuales:

Pacientes motivados y con una actitud activa, sea natural o inducida por el terapeuta, hacia el tratamiento.

Trastornos que requieran una intervención rápida debido a su gravedad (trastornos obsesivos, de la alimentación grave) donde no puede demorarse en exceso el ver resul­tados del tratamiento.

Trastornos en los que son fácilmente reconocibles causalidades lineares (situación- organismo-respuesta) para el entendimiento de la aparición de un síntoma, y en los

Página 737

que ha demostrado ser eficaz un procedimiento conductas!. Esto sucede en fobias o trastornos obsesivo compulsivos.

Trastornos en los cuales los procedimientos de condicionamiento operante con utili­zación de refuerzos positivos han demostrado ser efectivos por su rápida acción, como en los trastornos de la conducta alimentaria.

Pacientes depresivos, con trastornos de la alimentación del tipo bulimia nerviosa, obsesivo compulsivos u otros en los que son eficaces los procedimientos de exposición o de inoculación del estrés.

Entre las contraindicaciones de estas terapias, el mismo autor señala:

Pacientes escasamente motivados o motivadles, que presentan una actitud pasiva frente al tratamiento.

Trastornos en los que existe un problema de personalidad y/o un problema intra- psíquico del paciente, que requiere un abordaje menos invasivo y que ofrezca un apoyo a más largo plazo.

Trastornos en los que por existir una funcionalidad interpersonal clara, como una problemática de pareja primaria a la aparición de un síntoma, y a la persistencia de una funcionalidad circular no lineal, puede ser más útil una aproximación sistémica o familiar.

**Terapias sistémicas**

Cabrero y Ballús-Creus, en Vallejo Ruiloba, señalan qué siguientes indicaciones de la terapia familiar no se ciñen a las nomenclaturas psiquiátricas tradicionales, aunque exista cierta tradición en cuadros como la esquizofrenia o la anorexia nerviosa, sino que se centran más en:

Conflictos familiares y conyugales donde los síntomas del paciente se sitúan en el plano interpersonales con crisis graves y cambios en el ciclo vital, duelo patológico, o problemas de adaptación social en migrantes.

Problemas psiquiátricos en la infancia, tales como fobias escolares, enuresis o enco- presis o enfermedades psicosomáticas graves.

Trastornos del adolescente tales como estados depresivos, conductas antisociales, consumo de sustancias químicas o crisis en el ciclo vital familiar con hijos adolescentes.

Trastornos psiquiátricos crónicos, sean esquizofrenias o bipolares cuando aparecen recaídas que producen desesperanza y sobrecarga entre los familiares.

En alcoholismo y farmacodependencias, cuando la familia se sobreinvolucra en la situación y muestra actitudes de control persecutorio hacia el caso identificado.

Enfermedades somáticas graves o de mal pronóstico, donde se necesita planificar el rol de la familia en los cuidados paliativos.

Lentamente, a lo largo del siglo XX, se produjo una confluencia de pensamiento entre los diversos planteos anteriores, y como se ha mostrado en este capítulo, se han dado posiciones intermedias, tanto entre las aproximaciones psicoanalíticas y la psico­logía evolutiva y revolucionaria, a través del trabajo inicial de Bowlby seguido por Mary Ainsworth, Fonagy y otros, o a través de la aproximación cognitivo analítica (TCA). Asimismo, el paradigma conductista inicial se amplió a la ciencia cognitiva y hoy en el enfoque cognitivo-conductual presenta un abanico de técnicas que se pueden utilizar en diversos cuadros clínicos. Entre los principios comunes a todas las psicoterapias, Orlinsky y Howard presentaron, ya en 1986, un modelo para distinguir los factores generales de cambio, que explicaban por qué la mayoría de las orientaciones psicoterapéuticas eran

Página 738

efectivas, y en los estudios de resultado mostraban efectividad adecuadas, y otros fac­tores específicos, que influyan en explicar la variabilidad del cambio. Esto ha hecho que diversos investigadores, como Mañane Krausse en nuestro medio, hayan focalizado sus esfuerzos en una teoría del cambio terapéutico, tratando de encontrar en qué momen­tos se producen puntos de inflexión que llevan a la mejoría a los pacientes tratados con diversas técnicas terapéuticas. Esta búsqueda también se orienta a resolver la "paradoja de la equivalencia" que mostró que las diversas técnicas terapéuticas tenían resultados equivalentes, aunque sus marcos conceptuales fueran muy diversos.

Entre los principios generales condensados por diversos autores, en una revisión reciente Fonagy y Campbell señalan que algunos de los aprendizajes de la polémica entre los partidarios de la teoría de! apego y los psicoterapeutas que se oponen a la investigación empírica en psicoterapia, aduciendo que cada caso clínico es individual, y que no hay elementos generalizadles, estos autores subrayan:

1. La aceptación de la idea de Bowlby de que hay una pulsión inicial del humano a re­lacionarse con otros: la búsqueda de objeto aparece ya en el bebé, y la interrelación primero con la madre y luego con el resto de los miembros de la familia y del medio circundante es crucial para el desarrollo psicológico posterior. Esta idea se traslada en la práctica en la Importancia de la alianza terapéutica, en la cual paciente y clínico se encuentran en un espacio intermedio, protegido por el encuadro, que les permite explorar primero y cambiar después los patrones internos de interpelación que han llevado al paciente a tener problemas interpersonales y consultar.
2. La manutención de la importancia de la catarsis, que desde los griegos, pasando por Freud y llegando a la mayoría de las escuelas psicoterapéuticas enfatizan la necesidad de la abreacción (término utilizado en psicoanálisis para la clásica *catarsis* de los grie­gos), de la narrativa abierta y franca acerca de las propias dificultades para superar problemas en forma solitaria. La sensación de alivio al confiar en un terapeuta profe­sional es otra condición genérica que permite sellar el vínculo inicial entre terapeuta y paciente, y que posibilita el trabajo más detallado en el período intermedio de la terapia.
3. La afirmación psicoanalítica clásica de que, las estructuras neuróticas comparten una comprensión irracional por parte del paciente, es la que lleva a que la elaboración verbal y racional de los procesos inconscientes tengan un valor terapéutico: al mejorar el control Yoico, el paciente puede estabilizar conductas adaptativas y tener un plan de acción a futuro más objetivo o consensuado con su medio interpersonales.
4. La comprensión psicodinámicas de la resistencia al cambio terapéutico hace que la interpretación de las resistencias, conscientes o inconscientes a la mejoría, se trans­forme en un componente importante de las fases intermedias de las terapias. Esto hace evitar posiciones cortoplacistas que piensan que en la medida que ios síntomas que llevaron a consultar desaparecen, el paciente está curado. La mejoría, para que sea estable, tiene que estabilizarse a lo largo del tiempo.
5. La inducción del cambio terapéutico tiene un poderoso aliado en los sentimientos transferenciales del paciente hacia el terapeuta. El manejo diestro transferencia- contratransferencia hace que los procesos terapéuticos avancen hacia un desenlace positivo. Se ha hecho así una analogía con el juego de ajedrez, en el cual el comienzo de las terapias es relativamente bien conocido, así como las aperturas en el ajedrez. Asimismo, el final de este juego es relativamente limitado, tal como las terapias tie­nen

Página 739

un desenlace positivo, cuando terapeuta y paciente coinciden de que hubo un cambio positivo en la vida del último. Sin embargo, es en las etapas intermedias don­de se elaboran en detalle los cambios, y donde más se distinguen los movimientos del terapeuta novato o experimentado. El segundo habitualmente tiene una mirada de más largo plazo que el primero, por lo que no se entusiasma prematuramente con los avances ni se desilusiona con los retrocesos.

1. Desde la mirada cognitivo-conductual, los procedimientos de microanálisis y macroanálisis de la conducta son importantes para localizar, el primero, las secuencias evento-síntoma-consecuencia que rodean la aparición de los síntomas ansiosos, depresivos o de otra índole; los segundos implican el análisis de las consecuencias de mediano y largo plazo de los comportamientos maladaptativos, y el reconocimiento de su significado funcional. Estos procedimientos se han aplicado en forma inespecí­fica hoy día en diversas técnicas terapéuticas, y han demostrado su valor en estudios de seguimiento controlados.
2. La participación de la familia debe considerarse en situaciones en las cuales el con­flicto interpersonal lleva a crisis en el grupo cercano, o en ia pareja matrimonial. Las intervenciones sistémicas han desarrollado diversas técnicas que se han demostrado empíricamente efectivas, especialmente en cuadros psicosomáticos, en trastornos de conducta alimentaria, entre otros.
3. Las psicoterapias en el sentido estricto del término hoy se complementan con un rango amplio de intervenciones psicosociales, tales como los grupos pisco-educativos, las intervenciones en crisis, o las entrevistas motivacionales, que son a la vez diag­nósticos, terapéuticos y preventivos. La tarea para muchas de ellas es demostrar su efectividad empírica y su eficiencia en términos de costo-beneficio, ya que muchas veces los equipos de intervención psicosocial son costosos.

Las intervenciones psicoterapéuticas forman parte del armamentario de la psiquiatría y de la psicología clínicas. Hoy día son de una efectividad demostrada, y adecuadamente indicadas contribuyen en forma importante a la recuperación y bienestar subjetivo de los pacientes. Según el lugar del sistema de atención, son centrales en el nivel primario, ya que en muchos cuadros leves y moderados no requieren tratamientos farmacológicos sino que pueden ser tratados con terapias individuales o grupales. En casos más comple­jos, deben complementarse con medicamentos y en los más graves, con intervenciones físicas.

La calidad de las intervenciones psicoterapéuticas se relaciona con su efectividad: mucho del escepticismo en círculos médicos tradicionalmente se han ligado a su apli­cación por personas no calificadas, que se autoasignan el título de "terapeutas" sin una preparación formal al respecto. En ese sentido, en la medida que ha aumentado el número de profesionales de la salud mental, aumento que ha sido paralelo al del siste­ma universitario en Chile y muchos otros países, se ha hecho necesario un sistema de control de calidad, tanto para certificar a los profesionales que se desempeñan dentro del sistema público de salud, como en los sistemas de financiamiento de las prestaciones de salud. Este control de calidad también se ha hecho extensivo a la formación de pre­parado, donde las facultades y escuelas de psicología tienen un deber hacia el público de formar profesionales con sólida base teórica y práctica en el uso de intervenciones psicoterapéuticas.

Página 740

La investigación en psicoterapia es un área importante y necesaria, pero muchas veces poco comprendida por los clínicos, que sienten amagada su libertad para decidir en su quehacer cotidiano por las necesidades de documentación de los procesos y resul­tados terapéuticos. En ese plano se ha dicho que la evaluación naturalista de los procesos terapéuticos en su estado habitual, y no en complejos ensayos clínicos controlados, es una manera más amigable de medir el impacto de las psicoterapias.

**Referencias**

1. Alexander F. Fundamentáis of Psychoanalysis, New York: WW Norton and Co, 1948.
2. Bellak L, Small L. Emergency psychotherapy and brief psychotherapy, New York.: Grune & Stratton, 1964.
3. Balint M. La Falla Básica. Buenos Aires: Horme, 1967.
4. Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanaiytically oriented partial hospitalization: an 18 month follow up. Am J Psychiatry 1999; 156: 1563-9.
5. Bowen M. Family concept of Schizophrenia, En: Jackson DD, editor. The Etiology of Schizophrenia. New York: Basic Books, 1960.
6. Berenstein I. Psicoanálisis de la estructura familiar, Buenos Aires: Paidós, 1981.
7. Crits-Christoph P, Cooper A, Luborsky L. The accuracy of therapist's interpretatíons and the outcome of dynamic psychotherapy, J ConsuItClin Psychol 1988; 56: 490-5.
8. Cabrero y Ballús-Creus. Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría..7a Edición. En: Vallejo Ruiloba J, editor. Madrid: Elsevier Masson, 2011.
9. Contreras E. Psicoterapias y Psiquiatría Dinámica. En; Vallejo Ruiloba J, editor. Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría. 7a Edición. Madrid: Elsevier Masson, 2011.
10. Davanzo H. Psicoterapias de Grupo. Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 2011.
11. Diatkine R. Psychose et changement, París: Presses Universitaires de trance, 1991.
12. Eíguer A. Un divan pour la famille, París: Le Centurión, 1983.
13. Ferenczi S, Rank O. The Development of Psychoanaiysis. New York: Nervous and Mental Díseases Publishing Co, 1925.
14. Fernández-Aranda F. En: Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría. 7a Edición. Vallejo Ruiloba J, editor. Madrid; Elsevier Masson, 2011.
15. Florenzano R. Principios de Psicoterapias Dinámicas. Santiago de Chile: Editorial

Universitaria, 1984. 16. Florenzano R. Conductas de Riesgo Adolescentes, Santiago de

Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile, 1999.

1. Florenzano R, Guerrero J. Trastornos de Personalidad: desde Schneider al DSM-5. Rev Chil Neuro- Psiquiat 2014, 52 (Supl) 11: 38-49.
2. Fonagy P, editor. An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanaiysis; Report prepared by the research committee of the 1PA at the request of the president. 2nd revised edition. London: International Psychoanalytical Association, 2002.
3. Fonagy P, Campbell C. Bad Blood revisíted: Attachmente and Psychoanaiysis. Br J

Psychother 2015; 31 (2): 229-50.

1. Freud S. Lines of Advance in Psycho-Analytíc Therapy. London: The Hogarth Press, 1964.
2. Freud S. Anaiysis of a Phobia in a Five Year Oíd Boy London: The Hogarth Press, 1964.
3. Gabbard GO, Gunderson JG, Fonagy P. The Place of Psychoanalytic Treatments Within Psychiatry. Arch Gen Psychiatry 2002; 59: 505-10.
4. Grínberg L, Grinberg R, Psicoanálisis de la Migración y del Exilio. Buenos Aires: Losada,

1988.

1. Jaques E. Death and Midiife Crisis. En: Anzieu D, editor. Inconscient et culture. París: Dunod-Bordas, 1974.
2. Kristeva J. Etrangers a notres memes. Paris: Fayard, 1988.
3. Larraín ME, Zegers 8. Lecturas al atardecer: Ocho temas acerca del envejecimiento. Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 2009.
4. Lekhsenring F, Abbass A, Gottdiener W, Hílsenroth M, Keefe JR, Luyten P, er *a!.* Psychodynamk therapy: a well-defined concept with increasing evidence, Evid Based Mental Health 2016; 19: 64.
5. Oberndorf CP. Folie a Deux. Int J Psychoan 1934; 15: 14-24.
6. Orlinsky DE, Howard Kl. A generic modal of psychotherapy. J Integr Edect Psychother 1986; 6: 6-27.
7. Pichón Riviere E. Del psicoanálisis a ía psiquiatría soda!, Buenos Aires: Galerna, 1971.
8. Pollock G. On Ageing and Psychopathology, int J. of Psychoanal 1982; 63; 275-281.
9. Racamier PC. Le psychanaíyste sans divan. París: Payot, 1970.
10. Ryfe A, Kerr IB. Introducing Cognitive Anaíytíc Therapy. West Sussex, England: Wiley, 2003.
11. Sandell R, Blomberg J, Lazar A Carlsson J, Broberg J, Schubert J. Varieties of íong-term outcome in psychoanalysis and long term psychotherapy: A review of the findings in the Stockhoím Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP). Int J Pychoanal 2000; 81; 921-42.
12. Sifneos P. Short term anxiety provokíng psychotherapy. A Treatment Manual, Nueva York: Basic Books, 1992.
13. Stern D. The Interpersonal World of the Infant. New York: Basic Books, 1985.
14. Stevenson 1, Meares R. An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder, Am J Psychíatry 1992; 149: 358-62.
15. Strupp H. Psychotherapy in a New Key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy, New York: Harper-Coliins, 1984.
16. Target M, Fonagy P. The efficacy of psychoanalysis for-children with ernotíonal disorders. Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1994; 33: 361-71.
17. Widlocher D, Braconnier A. Psychanalyse et Psychotherapies, París: Flammariort, 1996.
18. WinnicottD. Psychoanalytic Explorations, London: Karnac, 1989.