



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 28 No. 1

Marzo de 2025

UNA DESCRIPCIÓN NATURALISTA Y NO MEDIACIONAL DE LA PRÁCTICA PSICOTERAPÉUTICA

Darwin Gutierrez-Guevara¹, Diego Torres-Marruffo², Flower Caycho-Salazar³
Asociación Peruana Contextual-Conductual de Psicología
Perú

RESUMEN

La psicoterapia presenta confusión conceptual, la cual entorpecería su vinculación con el conocimiento científico actualizado y los mejores resultados investigativos disponibles. El empleo de modelos o enfoques para comprender el quehacer psicoterapéutico ha generado una proliferación de términos multívocos y ambiguos, impidiendo una comunicación efectiva entre científicos y profesionales. Se propone una estrategia descriptiva, desde una perspectiva naturalista y no mediacional, con el objetivo de clarificar la práctica psicoterapéutica evitando sesgos de confirmación. Primero, se aborda una descripción de la psicoterapia y cuáles son sus fases. Luego, se identifican las oportunidades de conceptualización que ofrece la psicoterapia. Finalmente, se discute la utilidad de la estrategia, y sus resultados, para el cumplimiento de los criterios promovidos por entidades comprometidas con la salud.

Palabras clave: psicoterapia, ciencia, evidencia, naturalismo, no mediacional

¹ Contactarse con el autor: dtorresm@continental.edu.pe. Universidad Continental y Asociación Peruana Contextual-Conductual de Psicología. Maestro en Ciencia del Comportamiento.

² Contactarse con el autor: dgutierrezguevara@gmail.com. Centro de Estudios e Investigaciones en Conocimiento y Aprendizaje Humano de la Universidad Veracruzana y Asociación Peruana Contextual-Conductual de Psicología. Licenciado en Psicología.

³ Contactarse con la autora: flower.caycho.salazar@gmail.com. Universidad Veracruzana y Asociación Peruana Contextual-Conductual de Psicología. Doctora en Investigaciones Cerebrales.

A NATURALISTIC AND NON-MEDIATIONAL DESCRIPTION OF PSYCHOTHERAPEUTIC PRACTICE

Abstract

Psychotherapy presents conceptual confusion, hindering its connection with up-to-date scientific knowledge and the best research results available. Using models or approaches to understand psychotherapeutic work has generated a proliferation of multivocal and ambiguous terms, preventing effective communication between scientists and professionals. From a naturalistic and non-mediational perspective, a descriptive strategy is proposed to clarify psychotherapeutic practice while avoiding confirmation bias. First, a description of psychotherapy and its phases is addressed. Then, the conceptualization opportunities offered by psychotherapy are identified. Finally, the usefulness of the strategy, and its results, for compliance with the criteria promoted by entities committed to health are discussed.

Keywords: psychotherapy, science, evidence, naturalism, non-mediational

La psicoterapia, como un instrumento social del cambio individual, ha mostrado efectos beneficiosos para la salud (Australian Psychological Society, 2018; Lambert, 1986; Pérez-Álvarez, 2019; Shadish et al., 1997; Smith y Glass, 1977). Sin embargo, todavía presenta desafíos sobre la robustez de sus métodos y conceptos (Frank y Frank, 1991; Goldiamond, 1974; Hernández-Córdoba, 2018; McHugh y Barlow, 2012; Norcross, 2005; Prochaska y Norcross, 2018). En ese sentido, los organismos internacionales coinciden en la necesidad de vincular a la psicoterapia con el conocimiento científico actualizado y los mejores resultados investigativos disponibles (American Psychological Association, 2006; Organización Mundial para la Salud, 2013).

Si bien, el término psicoterapia es ampliamente utilizado en entornos cotidianos y profesionales, no queda claro en qué consiste y cuáles son sus límites. Sobre las definiciones que se manejan sobre qué es o qué hace la psicoterapia, se citan unos ejemplos: la Asociación Europea de Psicoterapia, *European Association for Psychotherapy* fundada en 1991, define a la psicoterapia como “el tratamiento comprehensivo, consciente y planeado de problemas psicosociales, psicosomáticos y conductuales o estados de sufrimiento, con métodos psicoterapéuticos

científicos...” (Hernández-Córdoba, 2018, p. 329). Por su parte, según la Declaración de Estrasburgo sobre Psicoterapia, en conformidad con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la psicoterapia es “una profesión libre e independiente que emplea conocimientos profundos de los procesos psicoterapéuticos” (Freud, 2020, p.90). Mientras que, el Diccionario de Oxford refiere la psicoterapia es “el tratamiento de la enfermedad mental discutiendo los problemas de alguien con ellos en lugar de darles drogas”. Todos estos ejemplos generan un sobreesfuerzo al momento de agrupar las características identitarias de lo que se entendería como psicoterapia a manera de consenso.

Para conocer en qué consiste la práctica psicoterapéutica empleando las citas anteriores, se tendría que recurrir a la definición previa de otros términos, tales como: tratamiento comprehensivo, conocimiento profundo, proceso psicoterapéutico, problema psicosocial, psicosomático, entre otros. La otra opción sería recurrir al planteamiento de alguna psicoterapia específica, es decir, una psicoterapia que tenga un nombre; sin embargo, esto genera algunas interrogantes adicionales. Tomando en cuenta la existencia de más de quinientos modelos psicoterapéuticos (Gimeno, Barrio y Álvarez , 2018), ¿cuál sería el modelo de psicoterapia por el cual debería optar?, ¿cuáles serían los criterios para tal elección? Ante la elección de cualquiera de las dos opciones antes descritas, al no tener en claro en qué consiste la psicoterapia, generaría un sesgo de confirmación al buscar y favorecer aquellos aspectos que coincidan con el modelo psicoterapéutico.

Respecto a los límites de la psicoterapia, existe una gran variedad de posibilidades en la intersección de tratamientos que no implican el uso de drogas, pero sí involucran la discusión de problemas mediante la conversación. Por lo cual, los límites de la psicoterapia tampoco se precisan.

Justamente esta falta de delimitación de la práctica psicoterapéutica ha permitido que las psicoterapias surjan del éxito circunstancial (en términos de fama y/o efectividad anecdótica) de un psicoterapeuta y su posterior propagación educativa o formación a otros profesionales en forma de modelo a seguir, sin necesariamente contar con evidencia de su efectividad o fundamento científico (Gimeno, Barrio y Álvarez , 2018). De hecho, un segmento minoritario de psicoterapias ha sido

diseñado a partir de una teoría científica cimentada en alguna disciplina que investiga el comportamiento (Hayes y Hofmann, 2018).

Los autores de este manuscrito consideran que existe una falta de precisión conceptual denotada en el no consenso o al menos, características en común sobre en qué consiste la psicoterapia y cuáles son sus límites. Esto repercute en una vinculación con los mejores resultados científicos disponibles, siempre y cuando se argumente que la psicoterapia debe basarse en otras ciencias (e.g. ciencias del comportamiento, biología) y evidencia científica (e.g. revisiones sistemáticas y metaanálisis). Ante lo cual, se propone como alternativa iniciar con una descripción de la práctica psicoterapéutica. Con ello, se pretende colaborar en la fluidez en la comunicación entre académicos y profesionistas. La descripción partirá desde un punto de vista naturalista y no mediacional. Una vez aludidos los principales eventos genéricos y diferenciales que conforman a la psicoterapia, se continuará con la identificación de las oportunidades que brinda para una práctica profesional basada en las ciencias y la evidencia.

Una visión naturalista

Desde sus etapas fundacionales, la psicoterapia ha estado relacionada con el espiritualismo y dualismo ontológico (Freedheim et al., 1992; Sahakian, 1992; Miller, Ross, y Novick, 2020). Los cuales sostienen que el comportamiento humano está sometido a fuerzas extrasensoriales, espirituales y sobrenaturales; que, en el mejor de los casos, solo pueden ser parcialmente conocidas por la propia persona. Desde esta postura, las ciencias, al interesarse solo por lo “físico”, nunca podrán tener un conocimiento completo de los eventos ocurridos en psicoterapia. Tanta ha sido su influencia, que incluso hoy en día es común observar comunidades consumidoras de psicoterapias con ideas espiritualistas y sus vertientes.

Contrario al párrafo anterior, una visión naturalista implica analizar los fenómenos desde una postura que observa a los eventos de la naturaleza sin recurrir a actores externos (Darwin, 1859; Dewey, 1948; Skinner, 1938). También, reconoce la influencia de las instituciones sociales y los sesgos del observador como partícipe

de la cultura de su época. (Kantor, 1957, 1963, 1978; López-Valadez, 2015; Toulmin, 1974) .

De esta manera, la visión naturalista permite la prevención e identificación de elementos externos a la propia naturaleza en la descripción de la psicoterapia. En donde también se incluyen los puntos de referencia de los involucrados en el fenómeno, identificables a través de expresiones y/o reportes en primera o segunda persona. Sin embargo, las verbalizaciones no son informes especiales de dimensiones inobservables o sobrenaturales; más bien son elementos de las circunstancias en donde se desenvuelven las personas en sociedad.

Una visión no mediacional

Desde una perspectiva no mediacional (Gibson, 1941, 2014; Pérez-Almonacid, 2018) se considera como categorías genéricas y suficientes para conceptualizar el comportamiento humano y no humano, a las siguientes: historia, organismo, circunstancias y actividades entendidas como cambios espacio-temporales. Por categoría genérica se hace referencia a que es posible la construcción teórica, siempre y cuando en última instancia todo concepto haga alusión a los elementos anteriores (Kantor, 1957).

Teniendo en cuenta que la práctica psicoterapéutica implica la interacción activa entre personas: terapeuta y consultante; los participantes suelen atribuir al comportamiento de las otras personas, factores personales en lugar de considerar aspectos situacionales. Lo cual ha sido estudiado en el campo de la filosofía como sesgos de atribución o el problema de las otras mentes (Ryle, 1967; Wittgenstein, 2021).

En el campo de la psicoterapia, la atribución se convierte en un problema debido a que uno de los implicados en la interacción, tiene la responsabilidad de conceptualizar el caso. Es decir, cuando el psicoterapeuta atribuye factores personales propios, y no del consultante, para conceptualizar el comportamiento, además de disminuir la relevancia a los factores situacionales; recurre a elementos distintos a los soportados por: la historia del consultante, el consultante, circunstancias y actividades del consultante entendidas como cambios

espaciotemporales. Es decir, salen a relucir sesgos del psicoterapeuta que no forman parte del caso.

Una perspectiva no mediacional para la descripción de la psicoterapia permitiría describir las interacciones discursivas con mayor claridad conceptual, contemplando la labor de la conceptualización por parte del psicoterapeuta. En otras palabras, una perspectiva no mediacional intenta prevenir las posibles confusiones ante la multivocidad de términos empleados por los psicoterapeutas que, si bien no necesariamente implican un dualismo ontológico, sí nos pueden desviar de la propuesta de describir la práctica psicoterapéutica.

Descripción de la práctica psicoterapéutica

Durante la psicoterapia se pueden identificar al menos dos participantes reunidos y dialogando: el psicoterapeuta y el consultante o usuario. Por supuesto siendo posible situaciones donde el rol de consultante o usuario sea ejercido por más de una persona, por ejemplo, en una sesión de terapia familiar. El psicoterapeuta encamina la conversación, y el usuario realiza las consultas. Tales consultas son introducidas a la conversación mediante el relato de los sucesos de la vida del consultante y de las personas con las que convive, desde un punto de vista de primera persona; el psicoterapeuta participa y organiza la conversación según objetivos. Dependiendo del nivel de participación y organización se pueden identificar gradientes de directividad (Urzúa et al., 2010).

La psicoterapia, a diferencia de otros métodos en las ciencias de la salud, no incluye alguna actividad invasiva, ya sea a través de un procedimiento quirúrgico o por medio de la medicación (farmacoterapia). Sin embargo, es posible que paralelamente a la psicoterapia, el consultante reciba estos servicios bajo la responsabilidad de otros actores.

Las reuniones, físicas y/o a distancia, se realizan generalmente en un consultorio externo (práctica privada) o dentro de una institución (práctica institucionalizada). La programación de estas suele ser semanal o quincenal, y/o alternarse con reuniones grupales con otros consultantes. Los consultantes pueden recurrir con

sus propios recursos económicos a la consulta o, dependiendo del país, ser subsidiados por medio de un seguro de salud privado, gubernamental o estatal.

Respecto a la influencia de instituciones sociales a la práctica psicoterapéutica, el derecho y la jurisprudencia establecen que los participantes son individuos adultos en pleno ejercicio de sus derechos fundamentales, incluyendo a las personas que hayan perdido temporalmente el derecho al libre tránsito y a adolescentes próximos a cumplir la mayoría de edad (Sánchez Vazquez et al., 2015; Sancho-Gargallo, 2004).

La práctica psicoterapéutica está íntimamente ligada al sector salud y, especialmente al denominado campo de la salud mental, ya que es un servicio que se considera dentro del campo de la salud. El término 'salud mental' ha sido calificado de problemático e incluso pseudocientífico al intentar identificar sus propiedades ontológicas (Bautista, 2024). No obstante, también se entiende por salud mental a un concepto político y social (Restrepo y Jaramillo, 2012) que alude al esfuerzo por parte de las instituciones por promover un estado de bienestar integral, y no solo la ausencia de enfermedad (Organización Mundial para la Salud, 2013).

Por otra parte, las formaciones universitarias, consideradas requisito mínimo para ejercer la psicoterapia, se enmarcan en el rótulo profesiones de la salud y quienes la ejercen, como profesionales de la salud. Del mismo modo, se ha encontrado que otros conceptos médicos: diagnóstico, etiología, trastorno mental, comorbilidad, persisten en la práctica psicoterapéutica. A esta persistencia se le ha llamado, de manera crítica, modelo médico o biomédico, argumentando que promueve la reducción explicativa a causas biológicas (reduccionismo) y entorpece la participación de conocimiento proveniente de las humanidades o de las ciencias sociales (Pérez-Álvarez, 2019; Szasz, 2007).

La influencia del sector salud en la psicoterapia también ha sido revisada políticamente en términos de control social (Frank y Frank, 1991; Skinner, 1982) y persecución de formas de vida minoritarias (Foucault, 2003). En algunos casos, dando como resultado: la negación de la existencia de los trastornos mentales como entidades nosológicas (Pérez-Álvarez y García-Montes, 2007; Szasz, 1994), la

inconformidad con la psicoterapia (Szasz, 1996) y la vigencia de un movimiento social antipsiquiatría (Cooper, 2013).

Fases de la psicoterapia

Se proponen cinco fases: 1.- búsqueda de ayuda, 2.-establecimiento del contacto con el psicoterapeuta, 3.- implementación de procedimientos, 4.- seguimiento y 5.- cierre.

La búsqueda de ayuda inicia cuando una persona se dirige a alguna institución para reportar una problemática personal en términos de sufrimiento, malestar, incomodidad, vida mental insoportable, entre otros. El representante de la institución de turno puede coincidir o discrepar sobre la relevancia del problema. Cuando coinciden en la valoración, le recomienda recurrir con un profesional especializado, el cual puede encontrarse en la propia institución, a través de un departamento o área, o ser externo a la misma. Durante esta fase, la dinámica puede repetirse varias veces, hasta que eventualmente establezca el contacto con un profesional que cuente con estudios para realizar una valoración y recomendación fundamentada. En algunos casos esto nunca llega a suceder, con la posibilidad de complicarse el problema o, menos común, desaparecer espontáneamente por efecto de otros cambios vitales no contemplados.

Las recomendaciones del representante de la institución se dan en términos de la asistencia a un tratamiento. Las posibilidades de recomendación suelen ser: nutrición, farmacoterapia, electroterapia, internamiento, psicoterapia, entre otros. En ese sentido, de no seguirse las recomendaciones, los síntomas pueden agravarse, volverse crónicos o, en el menor de los casos, suceder una remisión espontánea (Lambert, 1976; Whiston y Sexton, 1993). La fase de búsqueda de ayuda acaba con el establecimiento del contacto con el profesional que brinde el tratamiento recomendado, para nuestros intereses: el psicoterapeuta.

Teniendo en cuenta que la psicoterapia también se ejerce en la práctica privada, en algunos casos no existe la fase de búsqueda de ayuda y el reporte del problema es dado por primera vez en la primera consulta psicoterapéutica. Otra opción es que la búsqueda de ayuda haya sido realizada exclusivamente por una persona con un

vínculo filial con el consultante, o el contacto haya sido promovido por otras instituciones mediante la figura de la derivación.

La segunda fase propuesta se denomina el establecimiento del contacto con el psicoterapeuta, donde se inicia con el reporte del problema personal por parte del consultante, teniendo en cuenta también reportes brindados desde el punto de referencia de instituciones formales vinculados con el consultante, en términos de desajuste social, anormalidad, inadaptación, trastorno, neurosis, entre otros. Los múltiples reportes son articulados por el psicoterapeuta en un motivo de consulta.

El psicoterapeuta realiza una valoración del problema, a partir de sus tendencias conceptuales. La duración de la fase dependerá del historial de búsqueda de ayuda y atenciones previas, la implementación de herramientas de registro, y de la compatibilidad conceptual entre el psicoterapeuta y los profesionales responsables de los reportes previos. La fase termina con la explicitación de las condiciones en que se desarrollará la psicoterapia, la presentación de los procedimientos y el consentimiento por parte del consultante (Prochaska y Norcross, 2018; Wampold, 2015).

En esta fase es donde se puede observar con mayor énfasis la influencia institucional de la práctica sanitaria, pedagógica y filosófica en la valoración del problema. Por el lado de la salud, el problema personal es tratado como un trastorno mental y se prioriza la búsqueda de signos y síntomas auto-registrados o auto-reportes. Con el objetivo de brindar un diagnóstico médico y/o psicosocial basado en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), con lo cual el psicoterapeuta profundiza en la psicopatología y presenta un plan de tratamiento.

En el caso de la influencia de la pedagogía, el problema personal es aludido en términos de dificultades para aprender habilidades que pueden ser identificadas por pruebas psicotécnicas y presentarle al consultante, en consonancia, un plan de enseñanza. Por su parte, desde la filosofía se identifica al problema personal como un asunto existencial; los registros y los planes son subordinados (e incluso deliberadamente obviados por el psicoterapeuta) al diálogo razonable y la relación terapéutica como los principales vehículos para la búsqueda del sentido.

La confluencia de las distintas influencias ha resultado en un número creciente de tendencias conceptuales, tradicionalmente denominadas escuelas, enfoques, paradigmas, entre otros. Tal como se señaló al inicio, en la contemporaneidad se han reportado alrededor de quinientas y se proyecta que continúe incrementándose (Gimeno et al., 2018). Independientemente de la tendencia psicoterapéutica, en la fase de establecimiento del contacto, el psicoterapeuta emplea estrategias para obtener el compromiso de colaboración del consultante y brinda su valoración sobre el problema. Lamentablemente, en algunos casos la objetividad de la valoración es afectada cuando el psicoterapeuta prioriza la obtención de la colaboración; mermando el principio bioético del consentimiento informado (Sancho-Gargallo, 2004; Sánchez Vazquez et al., 2015).

Luego del establecimiento del contacto entre el consultante y el psicoterapeuta, se procede con la implementación de procedimientos, considerada la tercera fase en esta propuesta descriptiva. Un procedimiento psicoterapéutico es un conjunto de acciones realizadas por el profesional para obtener un cambio en el accionar del consultante respecto a su problema personal.

Esta fase se compone de dos momentos que se alternan y definen por su efecto en los patrones del consultante respecto al problema personal: el entrenamiento de habilidades y la toma de decisiones. Sin embargo, hay un tercer momento que también se comparte con la fase de establecimiento del contacto, que implica el mantenimiento de la colaboración del consultante. Con la precisión de que la colaboración, en esta fase, se identifica en términos de la disposición del consultante para entrenar habilidades y para tomar decisiones.

El entrenamiento de habilidades consiste en recrear las circunstancias del problema personal, para posteriormente practicar los patrones de respuesta dentro y/o fuera de sesión. A partir de los efectos que se tengan al implementarlos se precisan las circunstancias y se practica nuevamente hasta que el consultante se vuelva competente.

Los momentos de toma de decisiones consisten en hacer explícitas las circunstancias vitales vinculadas al problema personal. Entendiendo como circunstancia vital a todo evento en donde el consultante tuvo participación, desde

que nació hasta el inicio de la psicoterapia. El consultante y psicoterapeuta identifican las características de las circunstancias que mantienen el problema personal y sus consecuencias, dando como posibilidades de elección el cambio o la aceptación de las situaciones en donde se desenvuelve y sus componentes. Cualquiera de las posibilidades de elección podría conllevar también el entrenamiento de habilidades.

Tanto el entrenamiento de habilidades como la toma de decisiones se alternan a lo largo de la fase de implementación de procedimientos. Sin embargo, la toma de decisiones suele estar menos señalizada y ser más difusa respecto al entrenamiento de habilidades. La señalización consiste en la manifestación, por parte del psicoterapeuta, de que se iniciará y se finalizará un procedimiento. El carácter difuso obedece a la carencia de límites claros sobre dónde, cómo y cuándo empieza o termina el procedimiento. Por esta razón estas interacciones dirigidas por el psicoterapeuta suelen caracterizarse por su rol de: evaluar, informar, auspiciar, regular, instigar, instruir, entre otros (Froxán-Parga et al., 2019; Rodríguez Campuzano, 2002).

Influenciado por el sector salud, la fase de implementación de procedimientos se aborda en términos de intervenciones aplicables al consultante dentro de la consulta, autoadministrables o recetables (Stiles y Shapiro, 1989). En este sentido las intervenciones psicoterapéuticas, al igual que los fármacos, cuentan con efectos primarios y secundarios en el organismo, con especial énfasis en el sistema nervioso. Cuando se identifican efectos que no cuentan con una correspondencia con cambios biológicos, se emplea el concepto de placebo, que se enmarca en la influencia de lo “psicológico” y se los engloba dentro del campo de lo mental.

En algunos casos, la fase de implementación de procedimientos ha sido desestimada o disminuida por posiciones que priorizan los principios o las estrategias del psicoterapeuta, sustentada en una idea: toda la psicoterapia se trata exclusivamente de la mejora de la relación terapéutica (Howard et al., 1986; Sexton y Whiston, 1994; Wampold, 2015). Lo anterior ha promovido una dinámica similar a la identificada en los modos de conocimiento religiosos, en donde se considera que los psicoterapeutas deben comprometerse incondicionalmente con su tendencia

conceptual y cualquier crítica o cuestionamiento es vista como una desviación inmoral (Gutiérrez, 2018).

La implementación de procedimientos termina al identificarse efectos beneficiosos de la psicoterapia en las circunstancias del problema personal: en términos de la competencia en el despliegue de habilidades y la toma de decisiones. De no obtenerse tales efectos beneficiosos, o incluso identificarse algunos contraproducentes, se suele considerar necesario analizar los procedimientos de mantenimiento de la colaboración o el retorno a la fase de establecimiento del contacto, con el mismo psicoterapeuta o con otro (derivación por falta de avances). Las últimas fases se consideran de seguimiento y cierre. La cuarta fase hace referencia al seguimiento, el cual consiste en conversar sobre las consecuencias que ha tenido la psicoterapia en la vida del consultante, con la posibilidad de regresar (de ser necesario) total o parcialmente (por algunos elementos) a la fase de implementación de procedimientos o dar paso a la sesión de cierre. Generalmente las sesiones se suelen espaciar, respecto a fases anteriores, así como la duración de estas. Influenciado por la dinámica de salubridad, son frecuentes los reportes en la fase de seguimiento en términos de recaídas, cuando se hace necesario retornar a alguna fase previa.

Finalmente, el cierre es la última sesión en donde ambos participantes coinciden en que la psicoterapia cumplió con los requerimientos señalados en el motivo de consulta y se da por finalizada la relación profesional. Empleando la terminología propia del sector salud se señala que el psicoterapeuta da de alta al consultante.

Conceptualización en psicoterapia

La vinculación de la psicoterapia con el conocimiento científico actualizado y los mejores resultados investigativos disponibles, está circunscrita a la optimización de los recursos y el cumplimiento de lineamientos éticos. Respecto a la optimización de los recursos, se hace referencia a que los recursos materiales y humanos empleados por los involucrados, en términos de tiempo y esfuerzo, son limitados. Por lo tanto, no es suficiente el empleo pasivo de procedimientos con eficacia documentada. También es primordial una articulación activa del conocimiento para

el empleo de un criterio de eficiencia por parte del psicoterapeuta (Echeburúa y Corral, 2001). En otras palabras, saber que una psicoterapia funcionó es importante, pero para efficientizar la práctica profesional es más relevante saber por qué sí o por qué no funcionó.

Respecto al cumplimiento de lineamientos éticos, se fundamenta en el principio bioético del consentimiento informado y el derecho a los consultantes a recibir servicios compatibles con sus características idiosincráticas. El conocimiento científico y los mejores resultados investigativos se convierten en herramientas para tener la información más precisa sobre las posibles consecuencias del empleo del tratamiento, teniendo en cuenta también la idiosincrasia del consultante como un factor relevante.

Dependiendo de los recursos brindados por la institución en donde labora o las características específicas de su práctica privada, el psicoterapeuta cuenta con oportunidades para realizar la vinculación de su quehacer profesional con el conocimiento científico actualizado y los mejores resultados investigativos disponibles. Desde una descripción basada en una perspectiva naturalista y no mediacional, el psicoterapeuta emplea términos provenientes de diversos modos de conocimiento para discernir las propiedades más relevantes y definitorias (abstracción) del caso que atiende y de los procedimientos que emplea.

Cuando tales términos cumplen su finalidad de discernir con pertinencia, se señala que se están empleando como conceptos (Pérez-Almonacid, Rangel-Cárdenas y Hernández-Guzmán, 2015). Entendiendo por pertinencia al uso de los términos en concordancia con los objetivos prácticos de la situación y con las recomendaciones de quienes se desempeñan en los campos específicos de conocimiento de donde pertenecen los términos (Moreno, 1992). En ese sentido, la conceptualización obedece al discernimiento de las propiedades del caso y de los procedimientos, mediante el uso pertinente de términos (conceptos).

Conceptualización del problema personal

El consultante acude a psicoterapia reportando un sufrimiento, malestar o incomodidad mental. Con esto, junto con los reportes de otras instituciones y

personas con quienes el consultante mantiene una relación filial, se elabora un motivo de consulta. El profesional prosigue a valorar si la consulta es de interés para ser resuelta mediante psicoterapia. Por ejemplo, aunque los problemas económicos, legales y tributarios siempre conllevan consecuencias personales en alguna medida, rara vez se consideran materia exclusiva de la psicoterapia.

El psicoterapeuta recurre a diversos criterios prácticos, productos académicos y a disciplinas afines para valorar el problema personal. Entre las opciones más comunes de criterios prácticos se encuentra una valoración en términos de: anormalidad (criterios estadísticos poblacionales), funcionalidad (criterios de productividad económica y social), adaptabilidad (criterios de ajuste a los grupos sociales), salud (criterios clínicos de atender contra la integridad propia), legales (criterios judiciales de atender contra la integridad de otras personas), entre otros. Respecto a los productos académicos: manuales estadísticos, transdiagnósticos o psicosociales; acompañados de las herramientas de recogida de información: pruebas psicométricas, lista de chequeos, encuestas, registros, entre otros. La disciplina afín por excelencia ha sido la psicopatología; entre algunas otras tenemos a las vertientes aplicadas de la: psicología, antropología, etología, epidemiología, filosofía, nutriología, farmacología.

En la contemporaneidad, si bien la conceptualización forma parte crucial de la valoración del problema personal, los productos académicos empleados en su mayor proporción provienen de comunidades no científicas. Lo cual en sí mismo no conllevaría ninguna dificultad, siempre que tales productos académicos sean compatibles con el estado actual del conocimiento científico; es decir, con aquello que científicamente se sabe sobre ciertas propiedades del problema.

Se genera una dificultad cuando algunos elementos proceden de comunidades académicas con actitudes abiertamente pseudo o anticientíficas, cuyos productos no están abiertos a la crítica ni al escrutinio. La presencia de tales elementos podría entorpecer o limitar la participación del conocimiento científico.

En otros casos, la conceptualización se restringe a utilizar criterios diagnósticos estadísticos, obviando el requerimiento de contar con conocimiento actualizado de los procesos biológicos, psicológicos y/o sociológicos indicado por los propios

manuales. El conocimiento científico sobre tales procesos, al momento de la conceptualización, permite que la valoración esté fundamentada y no dependa exclusivamente de criterios prácticos. En ese sentido, el conocimiento científico no solamente se convierte en una herramienta de discernimiento; sino, a diferencia de otros modos de conocimiento, le añade un criterio (propio de las ciencias) a la conceptualización: el dar respuesta a por qué sucede el problema personal (explicación).

Con lo anterior, se tiene en cuenta que la conceptualización del problema personal no siempre ha estado relacionada a la dinámica de la producción científica del conocimiento. Por ejemplo, los primeros intentos académicos para explicar la propiedad de anormalidad de los problemas personales recurrieron a la demonología, rama de la teología, y al *Malleus Maleficarum* (Sahakian, 1992). Por su parte, los primeros acercamientos de las ciencias no fueron exitosos, tal es el caso de la hipótesis de que la locura era explicada por un desequilibrio biomagnético o de la influencia de la frenología (Sahakian, 1992).

Desde un punto de vista no mediacional, la conceptualización del problema personal es oportuna en la fase del establecimiento del contacto, aunque dependiendo de los recursos disponibles puede reajustarse a partir de los resultados reportados a lo largo de la psicoterapia. La conceptualización del problema personal implica el uso pertinente de términos, propios de otros campos del conocimiento, para valorar si puede ser abordado por la psicoterapia.

Una perspectiva no mediacional brinda la posibilidad de analizar de qué comunidades se emplea conocimiento y las peculiaridades que otorga a la conceptualización en forma de criterios añadidos. Por ejemplo, cuando se implica conocimiento científico, la conceptualización adicionalmente responde a la pregunta del por qué sucede el problema apelando a la explicación de algunas propiedades relevantes estudiadas con el método científico. En esa misma línea, si se emplea conocimiento de las comunidades denominadas ciencias comportamentales se priorizarán todos los productos académicos y disciplinas que cuenten con la conducta como dato fundamental. Entendiéndose por conducta a todo lo que hace un individuo y pueda ser registrado por otro organismo.

En ese sentido se pueden identificar conceptualizaciones del problema personal basadas estrictamente en criterio prácticos, o cuando emplean conocimientos de determinadas comunidades científicas. De este modo, toda conceptualización obedece a una valoración activa por parte del psicoterapeuta, tomando en cuenta los criterios prácticos y añadiendo explicaciones perfectibles con la información que se recopila durante la psicoterapia. Adicionalmente, una conceptualización del problema personal basada en ciencias promueve el comercio del psicoterapeuta con la realidad, a través de mediciones, registros y observaciones. Si bien la conceptualización específica respeta las características idiosincráticas del consultante, ésta emplea conocimiento proveniente de programas de investigación cuyos resultados son independientes y objetivos respecto a su utilidad psicoterapéutica.

Conceptualización de los procedimientos en la psicoterapia

El término "Psychotherapeutics" aparece por primera vez en 1872 en el libro de Daniel Hack Tuke, titulado *Illustrations of the Influence of the Mind upon the Body in Health and Disease, Designed to Elucidate the Action of the Imagination* (Shamdasani, 2005). En 1889, Charles Lloyd Tuckey publica el influyente *Psychotherapeutics; or Treatment by Sleep and Suggestion*. En ambos textos fundacionales, la psicoterapia se presenta como una alternativa a los fármacos y las intervenciones invasivas (Shamdasani, 2005). Sin embargo, entre la restricción de fármacos y operaciones invasivas, y la simple conversación, existe un amplio espectro de procedimientos que puede emplear el psicoterapeuta.

Se concibe que un procedimiento psicoterapéutico es el conjunto de actividades con las cuales procede un psicoterapeuta para cumplir los objetivos de lidiar o superar los problemas personales del consultante. Desde un punto de vista de tercer observador, el procedimiento es una secuencia de pasos ejecutados y compartidos por diversos psicoterapeutas. Conforme sean más similares entre profesionales, se pueden identificar propiedades de consistencia y variabilidad.

Desde el punto de vista del psicoterapeuta, los procedimientos tienen tres componentes: la técnica, la estrategia y el estilo. La técnica hace referencia al

despliegue de una habilidad psicoterapéutica mediada por un contenido formal (e.g., una guía de tratamiento, protocolo, entrenamiento por otro psicoterapeuta). Es decir, a todo aquello que el psicoterapeuta considera como un recurso que aplica durante la sesión. Por otro lado, la estrategia es el orden de la secuencia de pasos de la técnica, susceptible de ser cambiado por el psicoterapeuta a partir de su experiencia y experticia. Finalmente, el estilo es el conjunto de características idiosincráticas del psicoterapeuta al momento de realizar la práctica psicoterapéutica, independientemente del consultante.

Los procedimientos psicoterapéuticos tienen diversos orígenes, pasando por prácticas religiosas, políticas, filosóficas, investigativas, entre otras. Históricamente se identifican dos grandes grupos: cognitivos y conductuales (Ramallo, 1981). Por procedimientos cognitivos se hacen referencia a aquellos en donde el psicoterapeuta dedica proporcionalmente más recursos al cambio de las verbalizaciones o patrones de pensamientos que despliega el consultante en términos de experiencias en primera persona. Al respecto, “las cogniciones, o eventos verbales o pictóricos en el flujo de conciencia de uno, están relacionados con creencias, actitudes y suposiciones subyacentes” (Beck, 1985, p. 149); mientras que en los conductuales los recursos están destinados al cambio de patrones motores y hábitos visibles por un tercer observador, o entendidos como “contingencias directas” (Hayes y Hoffman, 2021). En un sentido estricto, toda psicoterapia siempre incluye ambos tipos de procedimientos (González et al. 1989), su diferenciación y prioridad de una respecto a la otra obedece a una conceptualización para intentar responder por qué funciona el procedimiento.

Es importante mencionar que lo cognitivo o lo conductual no cuentan con una correspondencia directa con los programas de investigación cognoscitivistas o conductistas. Por ejemplo, gran parte de lo calificado como cognitivo en psicoterapia tiene un origen en prácticas filosóficas (e.g. terapia racional emotiva) o epistemológicas (e.g. terapia cognitiva para la depresión), y no es posible vincularlas directamente con vertientes del cognoscitivismo (Beck, 1972; Ellis, 1962).

Desde un punto de vista naturalista se pueden tipificar los procedimientos a partir de sus efectos en el problema personal. Por un lado, pueden identificarse aquellos

procedimientos destinados al entrenamiento de habilidades y competencias cuyos efectos se registran en el cambio de los patrones del consultante en las circunstancias en donde se presenta el problema personal. Por otro lado, tenemos los procedimientos que propician la toma de decisiones en términos del rechazo o la aceptación de circunstancias en donde se presenta el problema personal, a partir del escudriñamiento; cuyos efectos se registran en el cambio de los patrones de referencia a las circunstancias del problema personal. Desde un punto de vista de primera persona, en el primer caso el consultante experimentará que aprendió algo, mientras que en el segundo señalará que tomó decisiones a partir de conocerse mejor.

Un tercer tipo de procedimientos es el que está no vinculado directamente al problema personal y tiene un rol relevante al promover el mantenimiento de la colaboración del consultante. Mientras que el momento oportuno de la conceptualización de los primeros dos tipos de procedimientos es antes de iniciar la fase de implementación de procedimientos, el momento oportuno de este tercer tipo puede ubicarse en diversos momentos a lo largo de la psicoterapia.

Al igual que sucede con la valoración del problema personal, la elección de procedimientos puede darse de manera irreflexiva y depender exclusivamente de las tendencias psicoterapéuticas inadvertidas o asumidas. En caso contrario, se trata de una conceptualización cuando la elección de los procedimientos psicoterapéuticos, y su orden, consiste en la aplicación de criterios prácticos en conjunción con otros productos académicos y de otras disciplinas afines. En especial, siendo compatible con la conceptualización del problema personal del caso específico. Esto daría como resultado un plan de tratamiento, que generalmente requiere de la combinación de procedimientos.

Cuando la combinación de procedimientos sucede sin considerar la pertinencia ni la compatibilidad conceptual provenientes de las comunidades de conocimiento involucradas, se le ha denominado, con una connotación negativa: eclecticismo. Por otra parte, se le ha denominado integracionismo cuando la combinación es resultado de una conceptualización de procedimientos que intenta sostener una respuesta coherente a las preguntas: ¿por qué funcionarán los procedimientos?,

¿cómo se sabe que los procedimientos funcionarán? y ¿qué se intenta lograr con la implementación?

Los insumos para la conceptualización de los procedimientos son los productos académicos que cuenten con mayor prestigio empírico, en términos de su evidencia científicamente obtenida. Los protocolos son los documentos oficiales que describen los procedimientos que son sometidos a investigación, y sus efectos se reportan en ensayos clínicos aleatorizados y en revisiones sistemáticas de estos. Aunque, existe una noción extendida de equiparar a los protocolos en psicoterapia con manuales de tratamiento, es decir, la aplicación de un tratamiento protocolizado que se sigue irreflexivamente al pie de la letra: “un protocolo implica una secuencia prefijada de acciones implementadas por el terapeuta, siempre que signifique la ejecución exhaustiva y precisa de un plan detallado previamente” (Manjón-González, 2011, p. 9).

No se recomienda la aplicación directa de los protocolos, sino el empleo de las guías de tratamiento y guías para la práctica clínica confeccionadas a partir de los resultados investigativos. Siempre considerando la conceptualización del problema personal y las características idiosincráticas del consultante.

En ese sentido, la conceptualización de los procedimientos consiste en el uso pertinente de términos para el discernimiento y elección de los procedimientos con mayor prestigio empírico disponible. Dando como resultado el plan de tratamiento y las herramientas conceptuales con las cuales saber si está teniendo resultado y por qué está funcionando (Prochaska y Norcross, 2018).

Conclusiones

El campo de la psicoterapia presenta poca claridad conceptual. Sus definiciones suelen provenir de tendencias psicoterapéuticas específicas que impiden una comunicación fluida entre comunidades científicas y profesionales. Una aproximación naturalista y no mediacional permite una descripción de las actividades comprendidas en la práctica psicoterapéutica susceptibles al escrutinio. La psicoterapia es una profesión con un campo de acción propio y diferenciable de otras actividades sociales relacionadas. Su campo de acción es el abordaje de los

problemas personales en sociedad mediante la conversación. Sus procedimientos identitarios son: el entrenamiento de habilidades y la toma de decisiones para la solución de los problemas personales.

A pesar de considerarse independiente, sus prácticas están íntimamente ligadas con diversas instituciones sociales, en especial las provenientes del sector salud. Dependiendo de las condiciones legales de cada país la relación es más o menos estrecha con este sector. Una descripción naturalista de la práctica profesional posibilita el reconocimiento de la influencia conceptual y empírica de las diversas instituciones sociales y sus consecuencias. Por ejemplo, en el caso de la influencia del sector salud, la posibilidad de caer en los extremos de la sobremedicalización o la desmedicalización de los problemas personales sin contar con una conceptualización por parte del psicoterapeuta.

Respecto a los conocimientos involucrados en la psicoterapia, no se agota en la psicología aplicada y requiere de los resultados investigativos de diversas disciplinas, tales como la filosofía, la biología, la economía, entre otras. Dependiendo de la vinculación de los resultados investigativos de las disciplinas científicas afines, dentro de una conceptualización realizada por el psicoterapeuta, puede considerarse que una psicoterapia está basada en ciencias (Buchkremer y Klingberg, 2001).

La psicoterapia cuenta actualmente con prestigio empírico, gracias a los resultados de programas de investigación destinados a identificar la eficacia y eficiencia de diversos procedimientos psicoterapéuticos, consolidados en productos académicos y profesionales de referencia como revisiones sistemáticas, guías de tratamiento, protocolos, entre otros. Dependiendo de la vinculación de estos resultados, dentro de una conceptualización realizada por el psicoterapeuta, puede considerarse que una psicoterapia está basada en evidencia.

La práctica psicoterapéutica puede estar basada en evidencia, pero no necesariamente en ciencias; y viceversa. Es decir, los procedimientos pueden gozar de prestigio empírico, pero carecer de explicaciones o no ser compatibles con el conocimiento actual en ciencias. Asimismo, los planteamientos de una psicoterapia pueden ser compatibles con los consensos científicos, pero los procedimientos que

la componen pueden carecer de sustento empírico. Por lo cual es necesaria la conceptualización del problema personal y de los procedimientos, circunscrito dentro de una práctica concreta por parte del psicoterapeuta.

Las oportunidades para la conceptualización dependerán de los recursos humanos y materiales disponibles para el psicoterapeuta, en términos de tiempo y esfuerzo. Por lo cual, en un sentido estricto, las recomendaciones de vincular la psicoterapia con resultados científicos y la mejor evidencia disponible deben estar acompañadas con el compromiso por parte de las instituciones sociales, de otorgar recursos para la conceptualización durante la práctica psicoterapeuta.

La vinculación de conocimiento científico y de la mejor evidencia disponible promueve la individualización de la psicoterapia cumpliendo los lineamientos bioéticos del consentimiento informado y la consideración de las características idiosincráticas del consultante. Una adecuada vinculación puede identificarse a partir del aprovechamiento de las oportunidades para la conceptualización del problema personal y de los procedimientos. Una aproximación no mediacional permitiría una identificación precisa del empleo de conocimiento por parte del psicoterapeuta, diferenciando el uso irreflexivo del pertinente de términos científicos. Con mejores conceptualizaciones se tendrían mejores herramientas para promover una psicoterapia basada en ciencias y evidencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Australian Psychological Society (APS). (2018). *Evidence-based psychological interventions in the treatment of mental disorders a review of the literature*. Cuarta edición. <https://psychology.org.au/psychology/advocacy/position-papers-discussion-papers-and-reviews/psychological-interventions-mental-disorders>
- Bautista, R. (2024). El Mito de la Salud Mental: Una Aproximación a la Naturaleza Pseudocientífica del Concepto. *Acta Comportamentalia*, 32(3), 477-494.

- Beck, A. T. (1972). *Depression: Causes and Treatment*. University of Pennsylvania Press.
- Buchkremer, G., y Klingberg, S. (2001). Was ist wissenschaftlich fundierte Psychotherapie? *Der Nervenarzt*, 72(1), 20–30. <https://doi.org/10.1007/s001150050708>
- Cook, S. C., Schwartz, A. C., y Kaslow, N. J. (2017). Evidence-Based Psychotherapy: Advantages and Challenges. *Neurotherapeutics*, 14(3), 537–545. <https://doi.org/10.1007/s13311-017-0549-4>
- Cooper, D. (2013). *Psychiatry and Anti-Psychiatry* (D. Cooper (Ed.)). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315013992>
- Darwin, C. (1859). *On the Origin of Species by Means of Natural Selection, or the Preservation of Favoured Races in the Struggle for Life*. John Murray, Albemarle Street. <http://darwin-online.org.uk/content/frameset?itemID=F373&viewtype=text&pageseq=1>
- Dewey, J. (1948). The reflex arc concept in psychology, 1896. In *Readings in the history of psychology*. (pp. 355–365). Appleton-Century-Crofts. <https://doi.org/10.1037/11304-041>
- Echeburúa, E., y Corral, P. D. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología clínica y de la salud*, 1(1), 181-204.
- Ellis, A. (1962). *Razón y Emoción en Psicoterapia*. Lyle Stuart.
- Foucault, M. (2003). *Madness and civilization*. Routledge.
- Frank, J., y Frank, J. (1991). *A Comparative Study of Psychotherapy* (3° ed.). Johns Hopkins University Press. <https://doi.org/10.56021/9780801840678>
- Freedheim, D. K., Freudenberger, H. J., Kessler, J. W., Messer, S. B., Peterson, D. R., Strupp, H. H., y Wachtel, P. L. (Eds.). (1992). *History of psychotherapy: A century of change*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10110-000>
- Freud, J. K. (2020). La importancia de la acreditación para la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 87–90. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.408>
- Froxán-Parga, M. X., Ávila-Herrero, I., Trujillo-Sánchez, C., Serrador-Diez, C., y Núñez de Prado-Gordillo, M. (2019). Análisis de la correspondencia Decir-Hacer- Reportar en terapia: un estudio piloto. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 11(2), 55–68. <https://doi.org/10.22201/fesi.20070780.2019.11.2.75671>

- Gibson, J. J. (1941). A critical review of the concept of set in contemporary experimental psychology. *Psychological Bulletin*, 38(9), 781–817. <https://doi.org/10.1037/h0055307>
- Gibson, J. J. (2014). *The Ecological Approach to Visual Perception*. Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9781315740218>
- Gimeno, A., Barrio, A., y Alvarez, M. T. (2018). Psicoterapia: marca registrada. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 131–144. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-57352018000100131
- Goldiamond, I. (1974). Toward a constructional approach to social problems: ethical and constitutional issues raised by applied behavior analysis. *Behaviorism*, 2(1), 1–84. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11664410/>
- González, E. D., Landa, P., de Lourdes Rodríguez, M., Ribes, E., y Sánchez, S. (1989). Análisis funcional de las terapias conductuales: una clasificación tentativa. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 7(3).
- Gutiérrez, G. (2018). Pluralidad e integración teórica. In G. Gutiérrez (Ed.), *Teorías en psicología. Integración y el futuro de la disciplina* (1st ed., pp. XXIV–XXXIV). Manual Moderno.
- Hayes, S. C., y Hofmann, S. G. (2021). “Third-wave” cognitive and behavioral therapies and the emergence of a process-based approach to intervention in psychiatry. *World psychiatry*, 20(3), 363–375.
- Hayes, S. C., y Hofmann, S. G. (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. New Harbinger Publications. <https://psycnet.apa.org/record/2018-11984-000>
- Hernández-Córdoba, Á. (2018). ¿Para qué integrar las psicoterapias? En Germán Gutiérrez (Ed.), *Teorías en psicología. Integración y el futuro de la disciplina* (pp. 328–340). Manual Moderno.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., y Orlinsky, D. E. (1986). The dose–effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159–164. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.159>
- Kantor, J. R. (1957). *Events and constructs in the science of psychology. Philosophy: Banished and recalled*. The Psychological Record. <https://psycnet.apa.org/record/1959-02430-001>
- Kantor, J. R. (1963). *The scientific evolution of psychology, Vol I*. Principia Press. <https://doi.org/10.1037/11183-000>

- Kantor, J. R. (1978). *Psicología interconductual*. Trillas.
- Lambert, M. J. (1976). Spontaneous remission in adult neurotic disorders: A revision and summary. *Psychological Bulletin*, 83(1), 107–119.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.83.1.107>
- Lambert, M. J. (1986). Implications on psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. In J. C. Norcross (Ed.), *Handbook of Eclectic Psychotherapy*. Brunner– Mazel.
- López-Valadez, F. (2015). *Teoría de la Conducta, Modos de Conocimiento y Modos de Conocer* [Universidad Veracruzana].
<https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/41149/LopezValadezFrancisco.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Manjón González, J. (2011). Psicoterapia y protocolos de tratamiento desde un punto de vista constructivista. *Revista de Psicoterapia*, 22(88), 5–33.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v22i88.632>
- McHugh, R. K., y Barlow, D. H. (2012). *Dissemination and implementation of evidence-based psychological interventions*. Oxford University Press.
<https://psycnet.apa.org/record/2012-08911-000>
- Miller, C. W., Ross, D. A., y Novick, A. M. (2020). “Not Dead Yet!”—confronting the legacy of dualism in modern psychiatry. *Biological psychiatry*, 87(7), 15-17.
- Moreno, R. (1992). El dominio del comportamiento como base del significado en psicología. *Acta Comportamental*, 0(1) 51-70.
- Norcross, J. C. (2005). A Primer on Psychotherapy Integration. En *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 3–23). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195165791.003.0001>
- mental 2013-2030. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>
- Pérez-Almonacid, R. (2018). Límites de la integración teórica en psicología. In Germán Gutiérrez (Ed.), *Teorías en psicología. Integración y el futuro de la disciplina*. Manual Moderno.
- Pérez-Almonacid, R., Rangel-Cárdenas, M., y Hernández-Guzmán, J. (2015). Verbalización dirigida, complejidad conceptual y abstracción. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 15(1), 33-62.
- Pérez-Álvarez, M. (2019). La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles Del Psicólogo*, 40(1), 1–14.
- Pérez-Álvarez, M., y García-Montes, J. M. (2007). The Charcot Effect: The

- Invention of Mental Illnesses. *Journal of Constructivist Psychology*, 20(4), 309–336. <https://doi.org/10.1080/10720530701503843>
- Prochaska, J. O., y Norcross, J. C. (2018). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Oxford University Press.
- Ramallo, F. B. (1981). Las terapias cognitivo-conductuales: Una revisión. *Estudios de psicología*, 2(7), 91-114.
- Restrepo, D. A., y Jaramillo, J. C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202-211.
- Rodríguez Campuzano, M. de L. (2002). *Análisis contingencial*. Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Ryle, G. (1967). *The concept of mind*. Barnes & Noble.
- Sahakian, W. (1992). *Historia de la Psicología*. Trillas.
- Sánchez Vazquez, M. J., Blas Lahitte, H., y Ortiz Oria, V. (2015). Bioética y salud mental: reflexiones sobre la afección y la responsabilidad en la relación profesional-paciente. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 15(2). <https://www.redalyc.org/pdf/1270/127040727008.pdf>
- Sancho-Gargallo, I. (2004). *Tratamiento legal y jurisprudencial del consentimiento informado*. https://indret.com/wp-content/uploads/2007/06/209_es.pdf
- Sexton, T. L., y Whiston, S. C. (1994). The Status of the Counseling Relationship. *The Counseling Psychologist*, 22(1), 6–78. <https://doi.org/10.1177/0011000094221002>
- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M., Siegle, G., Crits-Christoph, P., Hazelrigg, M. D., Jorm, A. F., Lyons, L. C., Nietzel, M. T., Robinson, L., Prout, H. T., Smith, M. L., Svartberg, M., y Weiss, B. (1997). Evidence that therapy works in clinically representative conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(3), 355–365. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.3.355>
- Shamdasani, S. (2005). 'Psychotherapy': the invention of a word. *History of the Human Sciences*, 18(1), 1–22. <https://doi.org/10.1177/0952695105051123>
- Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms*. Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (1982). *Reflexiones sobre conductismo y sociedad*. Trillas.
- Smith, M. L., y Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome

studies. *American Psychologist*, 32(9), 752–760.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.9.752>

Stiles, W. B., y Shapiro, D. A. (1989). Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research. *Clinical Psychology Review*, 9(4), 521–543. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(89\)90007-X](https://doi.org/10.1016/0272-7358(89)90007-X)

Szasz, T. (1994). *El mito de la enfermedad mental*. Amorrortu.

Szasz, T. (1996). *El mito de la psicoterapia*. Ediciones Coyoacán.

Szasz, T. (2007). *The medicalization of everyday life: Selected essays*. Syracuse University Press.

Toulmin, S. (1974). Razones y causas. In *La explicación en las ciencias de la conducta*. Alianza.

Urzúa, A., Arbach, K., Lourido, M., y Mas, N. (2010). La directividad en la relación terapéutica: análisis de la evidencia encontrada en investigación. *Terapia Psicológica*, 28(1). <https://doi.org/10.4067/S0718-48082010000100009>

Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270–277.
<https://doi.org/10.1002/wps.20238>

Whiston, S. C., y Sexton, T. L. (1993). An overview of psychotherapy outcome research: Implications for practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(1), 43–51. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.24.1.43>

Wittgenstein, L. (2021). *Investigaciones filosóficas*. Trotta.