

Publication status: Preprint has not been submitted for publication

Definición, descripción y conceptualización en la psicoterapia. Una visión desde las ciencias comportamentales y evidencias

Darwin Gutierrez Guevara, Diego Torres Marruffo, Flower Caycho Salazar

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.8098>

Submitted on: 2024-02-14

Posted on: 2024-04-03 (version 1)

(YYYY-MM-DD)

Definición, descripción y conceptualización en la psicoterapia. Una visión desde las ciencias comportamentales y evidencias

Darwin Gutierrez Guevara^{1,2}, Diego Torres Marruffo^{1,3} y Flower Caycho Salazar^{1,2}

¹Asociación Peruana Contextual Conductual de Psicología, ²Universidad Veracruzana y ³Universidad Continental

Darwin Gutierrez Guevara

<https://orcid.org/0000-0001-9358-8402>

Diego Torres Marruffo

<https://orcid.org/0000-0002-6353-7820>

Flower Caycho Salazar

<https://orcid.org/0000-0002-2055-3046>

Resumen

En el presente documento, se describe la práctica psicoterapéutica desde una perspectiva de las ciencias y evidencias, usando como instrumento definiciones, descripciones y conceptualizaciones apoyado posteriormente por una postura naturalista y no mediacional. Partiendo desde una concepción de la psicoterapia libre de sesgos gremiales o desde alguna aproximación particular. Primero, se aborda una descripción sobre qué es y sus fases. Luego, se establecen las conceptualizaciones en psicoterapia, de problema personal y social y de procedimientos. Finalmente se concluye con el presente documento a partir de los criterios propuestos por la (American Psychological Association (APA), 2006) y el Plan para la acción integral sobre salud mental (Organización Mundial para la Salud, 2013) para una práctica basada en la evidencia.

Palabras clave: psicoterapia, salud mental, ciencia, evidencia, naturalismo, no mediacional.

Definition, description and conceptualization in psychotherapy. A view from behavioral sciences and evidence

Abstract

In this document, psychotherapeutic practice is described from a perspective of science and evidence, using as an instrument the definitions, descriptions, and conceptualizations subsequently supported by a naturalistic and non-mediational position. Starting from the conception with psychotherapy free of union biases or any particular approach. First, a description of what it is and its phases is addressed. Then, conceptualizations in psychotherapy of personal and social problems and procedures were established. Finally, this document

concludes based on the criteria proposed by the (American Psychological Association (APA), 2006) and the Plan for Comprehensive Action on Mental Health (World Health Organization, 2013) for a practice based on evidence.

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

Introducción

La psicoterapia, como un instrumento social del cambio individual, ha mostrado efectos consistentes para la salud (Australian psychological society, 2018; Lambert, 1986; Pérez-Álvarez, 2019; Shadish et al., 1997; Smith & Glass, 1977). Sin embargo, a pesar del prestigio alcanzados en estos últimos dos siglos, todavía presenta desafíos sobre la robustez de sus métodos y conceptos (Frank & Frank, 1991; Goldiamond, 1974; Hernández-Córdoba, 2018; McHugh & Barlow, 2012; Norcross, 2005; Prochaska & Norcross, 2018) que influyen en el trabajo académico y su visión desde otras disciplinas.

Si bien, el término es ampliamente utilizado en un lenguaje cotidiano, no queda muy claro cuáles son sus alcances o límites. Para citar solo algunos ejemplos, la Asociación Europea de Psicoterapia, *European Association for Psychotherapy* fundada en 1991, define a la psicoterapia como “el tratamiento comprensivo, 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 “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 entendería como psicoterapia.

A pesar de la desintegración definicional descrita, diversos organismos internacionales coinciden en la importancia de vincular a la psicoterapia con el conocimiento científico actualizado y los mejores resultados investigativos disponibles (American Psychological Association (APA), 2006; Organización Mundial para la Salud, 2013). Con los objetivos de maximizar los recursos limitados, promover una toma de decisiones más precisa por parte del psicoterapeuta, fomentar el principio del consentimiento informado y personalizar la psicoterapia a las características idiosincráticas del consultante. A pesar de los beneficios mencionados, aún no se ha difundido con claridad los criterios para identificar una correcta vinculación (Buchkremer & Klingberg, 2001).

Sin embargo, contrario a las políticas mencionadas en el párrafo anterior, (Gimeno, Barrio & Álvarez , 2018) han reportado la existencia de más de quinientas psicoterapias. La mayoría

caracterizada por un surgimiento circunstancial a partir del éxito (en términos de fama y/o efectividad) de un psicoterapeuta y su posterior propagación educativa a otros profesionales en forma de modelo a seguir (psicoterapias basadas en la marca). Un segmento minoritario de psicoterapias ha sido diseñado a partir de una teoría científica cimentada en alguna disciplina que investiga el comportamiento (Hayes & Hofmann, 2018). Independientemente del origen, si la psicoterapia es sometida a investigación y obtiene buenos resultados es señalada como basada en la evidencia o con soporte empírico (Pascual- Llobell et al., 2004). Los criterios específicos varían de acuerdo con los organismos de referencia.

En ese sentido, la vinculación de conocimiento científico y de los mejores resultados investigativos disponibles que se suele reportar en la literatura obedece casi exclusivamente al uso clínico de protocolos de psicoterapias basadas en la evidencia, o al uso combinado de psicoterapias con algún componente sí cuenta con soporte empírico. Sin embargo, un psicoterapeuta puede emplear esta clase de psicoterapia de una manera pasiva; es decir, sin que el profesional necesariamente haya sido partícipe de una revisión constructiva de la literatura disponible

Debido a la falta de precisión conceptual y la necesidad de una práctica integradora basada en ciencias y evidencia, se propone como alternativa iniciar con una descripción de la práctica psicoterapéutica. Con ello se pretende una disminución de multiplicidad de términos con carga teórica que dificulten la comunicación entre académicos y profesionistas. La descripción partirá desde un punto de vista naturalista. Una vez aludidos los principales eventos genéricos y diferenciales que conforman a la psicoterapia, se continuarán con una aproximación no mediacional del psicoterapeuta y su relación con la atención profesional

Descripción y características de la práctica psicoterapéutica

1. Durante el proceso psicoterapéutico se pueden identificar al menos dos participantes reunidos y dialogando: el psicoterapeuta y el consultante. El primero, administra la conversación, y el segundo realiza consultas. Tales consultas son introducidas a la conversación mediante el relato de los sucesos de la vida del consultante, desde un punto de vista de primera persona; el psicoterapeuta participa y organiza la conversación según sus objetivos. Dependiendo del nivel de participación y organización se pueden identificar gradientes de directividad (Urzúa et al., 2010). En la sección de fases de la psicoterapia se profundizará sobre las dinámicas y contenidos de la conversación.
2. 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.
3. Las reuniones, físicas y/o a distancia, se realizan generalmente en un consultorio privado (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 ser subsidiados por medio de un seguro de salud privado o estatal.

4. Respecto a la influencia de las 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).
5. La práctica psicoterapéutica está íntimamente ligada con el campo de la salud y, en especial, de la salud mental. Entendiendo al campo de la salud mental, como el conjunto de instituciones destinadas a promover un estado de bienestar, y no solo la ausencia de enfermedad, en el cual cada individuo desarrolle su potencial, pueda afrontar las tensiones de la vida, pueda trabajar de forma productiva y fructífera, y pueda aportar algo a su comunidad (Organización Mundial para la Salud, 2013).
6. Las formaciones universitarias que se consideran requisito mínimo para eventualmente ejercer la psicoterapia son aquellas enmarcadas con el rótulo de profesionales de la salud. Del mismo modo otros conceptos médicos: diagnóstico, etiología, enfermedad mental, comorbilidad; persisten en la práctica psicoterapéutica. A esta persistencia se le ha llamado de manera crítica, argumentando que entorpece los fines de la atención o investigativos, como modelo médico o biomédico (Pérez-Álvarez, 2019; Szasz, 2007).
7. La influencia del sector salud en la psicoterapia también ha sido revisada políticamente en términos de control social (Frank & Frank, 1991; Skinner, 1982) y persecución de formas de vida minoritarias (Foucault, 2003). Dando como un resultado extremo el negacionismo de los trastornos mentales (Pérez-Álvarez & García-Montes, 2007; Szasz, 1994), de la propia psicoterapia (Szasz, 1996) y un movimiento social antipsiquiatría (Cooper, 2013).

Fases de la psicoterapia

Para un mejor entendimiento del proceso psicoterapéutico se propone cinco fases: 1.- búsqueda de ayuda, 2.-establecimiento del contacto con el psicoterapeuta, 3.- implementación de procedimientos, 4.- seguimiento y cierre.

1. 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. 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.

La valoración del problema se realiza en términos de síntomas y signos, con el objetivo de identificar un trastorno mental dando como resultado un diagnóstico médico y/o psicosocial basado en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Las recomendaciones fundamentadas 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 & 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 puede ejercerse 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.

2. La fase del establecimiento del contacto con el psicoterapeuta 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 & Norcross, 2018; Wampold, 2015).

En esta fase es donde se puede observar con mayor énfasis la influencia de instituciones adicionales a la salud mental, tales como la pedagogía y la filosofía. Por el lado de la salud mental, el problema personal es tratado como un trastorno mental y se priorizan los síntomas auto-registrados o auto-reportes. Con lo cual el psicoterapeuta profundiza en la psicopatología, presenta un plan de tratamiento y aplica un consentimiento informado.

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. En la actualidad se han reportado alrededor de quinientas y se proyecta que continúe incrementándose (Gimeno et al., 2018). Independientemente de la tendencia psicoterapéutica y momento histórico, en la fase de establecimiento del contacto, el psicoterapeuta tiene la primera oportunidad para fundamentar su actividad: la conceptualización del problema personal.

3. Luego del establecimiento del contacto entre el consultante y el psicoterapeuta, se procede con la implementación de procedimientos. 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 el consultante: el entrenamiento de habilidades y la toma de 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 médico, la fase de implementación de procedimientos se aborda en términos de intervenciones aplicables al consultante dentro de la consulta, autoadministrables o recetables (Stiles & 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 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 & 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: la competencia en el despliegue de habilidades y la toma de decisiones.

4. Las últimas fases se consideran de seguimiento y cierre. La primera 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 alguna de las fases anteriores.

Por su parte, 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. 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; y en el caso contrario, cuando ya no es requerido, se señala que el psicoterapeuta da al consultante de alta.

Una visión naturalista de la psicoterapia

Desde sus etapas fundacionales, la psicoterapia ha estado vinculada con el oscurantismo y al misticismo (Freedheim et al., 1992; Sahakian, 1992) y alejada de sustentos con soporte empírico. Dada la siguiente premisa, se sostiene que el comportamiento humano está sometido a fuerzas extrasensoriales, espirituales y sobrenaturales, características que no una explicación

parsimoniosa de los eventos ocurridos dentro de un proceso psicoterapéutico, tanta ha sido esta influencia que aún hoy en día, es común observar comunidades consumidoras de psicoterapias con ideas espiritualistas.

Contrario al párrafo anterior, una visión naturalista hace referencia a una postura autosustentable (sin recurrir a actores externos) de observar los eventos de la naturaleza desde el punto de referencia de tercera persona (Darwin, 1859; Dewey, 1948; Skinner, 1938) reconociendo a las instituciones sociales y a los sesgos del observador como partícipes de la cultura de su época (Kantor, 1957, 1963, 1978; López-Valadez, 2015; Toulmin, 1974). De esta manera, la visión naturalista posibilita la identificación de elementos sobrenaturales en la definición de la psicoterapia. Una perspectiva naturalista también puede reconocer la presencia de puntos de referencia de los involucrados en el fenómeno identificables a través de expresiones y/o reportes en primera o segunda persona. En este sentido, las verbalizaciones no son informes especiales de dimensiones inobservables o sobrenaturales; más bien son elementos de las circunstancias en donde se desenvuelven las personas e incluso un tercer observador.

Una visión no mediacional de la psicoterapia

Durante la psicoterapia están presentes oportunidades en las cuales los involucrados pueden examinar con mayor cuidado los detalles menos explícitos del motivo de consulta, con el objetivo de eficientizar los procedimientos o para brindar una explicación más documentada y coherente al consultante. Estos momentos pueden ser abordados por un observador externo en términos de atribuciones de procesos mediacionales, nacidos de la extrapolación de un lenguaje de primera persona (e.g. “yo supongo”) a la descripción de tercera persona (e.g. “él está suponiendo”) sin el adecuado cumplimiento del principio de parsimonia.

Independientemente de los problemas de atribución (Ryle, 1967; Wittgenstein, 2021), en el presente trabajo se empleó una perspectiva no mediacional (Gibson, 1941, 2014; Pérez-Almonacid, 2018), en el sentido de que se consideró como categorías genéricas y suficientes, que conforman la descripción de la práctica psicoterapéutica, a las siguientes: historia, organismo, circunstancias y actividades entendidas como cambios espacio-temporales. Teniendo en cuenta la gran variedad de términos comprometidos con tendencias psicoterapéuticas, especialmente para los momentos de escudriñamiento del motivo de consulta, se consideró que una estrategia no mediacional permite mayor claridad conceptual y posibilidad de trabajo cooperativo entre profesionales con distintas preferencias.

En otras palabras, empleando un punto de vista no mediacional, el psicoterapeuta puede desaprovechar las oportunidades de las fases de establecimiento del contacto y de implementación de procedimientos, y realizar una psicoterapia basada en evidencia sin que hayan sucedido las conceptualizaciones por parte del profesional. Con lo cual se estaría atentando con algunos de los objetivos que justifican la presencia de evidencia en psicoterapia; en especial, al relacionado con la individualización de la psicoterapia a los requerimientos culturales e idiosincráticos del consultante. Recomendación siempre presente en las guías de

intervención. Asimismo, se ha reportado que la aplicación rígida es un factor explicativo de la falta de éxito psicoterapéutico (Cook et al., 2017; Kendall & Frank, 2018).

Por el contrario, y naturalista, las conceptualizaciones en psicoterapia implican siempre un rol activo del psicoterapeuta que consiste en referenciar la actividad disciplinada de investigadores y sus resultados, con criterios de logro explícitos y evaluables por cualquier otro observador, no necesariamente afín con las tendencias psicoterapéuticas. En ese sentido, se aprovechan las oportunidades que la misma psicoterapia ofrece para realizar registros que sirvan de retroalimentación y perfeccionamiento de la conceptualización. Y en consonancia, los efectos de la conceptualización se identifican priorizando los cambios comportamentales y los reportes de los involucrados: consultantes e instituciones.

Conceptualización del problema personal

El consultante acude a psicoterapia reportando un sufrimiento, malestar o incomodidad mental; con lo cual, 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, si bien los problemas económicos, legales, tributarios siempre involucran consecuencias personales en alguna medida; sin embargo, difícilmente se consideraría 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 de enfermedades, transdiagnósticos o psicosociales; acompañados de las herramientas de recogida de información: pruebas mentales, 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.

Lamentablemente, la conceptualización del problema personal no siempre ha estado relacionada a la dinámica de la producción científica del conocimiento. Los primeros intentos académicos para explicar la dimensión 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 causada por un desequilibrio biomagnético o de la influencia de la frenología (Sahakian, 1992).

En la actualidad, las explicaciones forman parte crucial de la valoración del problema personal, con el objetivo de cumplir con los principios bioéticos de consentimiento informado. Sin embargo, muchas de ellas no provienen de disciplinas científicas, ni de productos académicos sometidos a la crítica. En el peor de los casos, la conceptualización ejercida por el

psicoterapeuta procede de actitudes abiertamente pseudo o anticientíficas. En otros casos el psicoterapeuta se restringe a utilizar criterios diagnósticos estadísticos, obviando el requerimiento de explicaciones. En ese sentido, un punto de vista no mediacional permite la presencia de explicaciones del problema personal para una conceptualización del caso basada en ciencias, priorizando todos los productos académicos y disciplinas que cuenten con la conducta como dato. Entendiéndose por conducta a todo lo que hace un individuo y pueda ser registrado por otro organismo.

De este modo, la conceptualización resultante 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. A diferencia de una valoración pasiva, en donde la información debe ajustarse a la conclusión en términos hermenéuticos de interpretación; las explicaciones del problema personal basadas en ciencias promueven 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 proviene de programas de investigación con prestigio científico cuyos resultados son independientes y objetivos respecto a su utilidad psicoterapéutica.

Conceptualización de los procedimientos en la psicoterapia

Desde su etapa fundacional hasta la actualidad la psicoterapia excluye al uso de fármacos y de operaciones invasivas para cumplir con sus objetivos. El término *Psychotherapeutics* aparece por primera vez en 1872, en el libro escrito por el inglés Daniel Hack Tuke (1827 – 1895) 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 (1854 – 1925) publica el influyente libro *Psycho -therapeutics; or treatment by sleep and suggestion*. De esta forma, la conversación, la imaginación, la sugestión, entre otras; se convierten en características distintivas de la psicoterapia. Sin embargo, entre la restricción de fármacos y operaciones invasivas, y la conversación existe un gran espectro de procedimientos que puede emplear el psicoterapeuta.

Un procedimiento psicoterapéutico consiste en 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. 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. Por su parte, el estilo es el conjunto de características idiosincráticas del psicoterapeuta al momento de realizar el psicoterapeuta, e independientemente del consultante.

Los procedimientos psicoterapéuticos tienen diversos orígenes, pasando desde prácticas religiosas, políticas, filosóficas e investigativas. Históricamente se identifican dos grandes grupos: cognitivas y conductuales. Las cognitivas hacen referencia a aquellas en donde el psicoterapeuta proporcionalmente se dedica más a verbalizar; mientras que las conductuales instigan a que el consultante ejecute actos motores. 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 como vertientes del cognoscitivismo (Beck, 1972; Ellis, 1962).

Al igual que sucede con la conceptualización 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 activa cuando la elección de los procedimientos psicoterapéuticos proviene de la aplicación de criterios prácticos, productos académicos y a disciplinas afines.

En psicoterapia es frecuente la combinación de procedimientos, cuando ésta sucede sin considerar la coherencia ni la compatibilidad teórica se le ha denominado, con una connotación negativa, eclecticismo. La conceptualización activa, es el proceso por el cual se articulan los procedimientos sosteniendo una respuesta coherente a las preguntas: ¿por qué se implementan?, ¿qué se intenta lograr con la implementación?, ¿cuáles son los criterios para lograr una correcta implementación? y ¿cuándo acaban los procedimientos?

Respecto a la tipificación de los procedimientos según sus efectos situacionales dentro de las sesiones psicoterapéuticas, puede identificarse el entrenamiento de habilidades y competencias cuyo efecto se identifica en el cambio de los patrones de acción del consultante a partir de la mediación del psicoterapeuta. Por otro lado, tenemos los procedimientos que propician el escudriñamiento de la situación, cuyo efecto se identifica 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 que tomó decisiones informadas.

Los insumos para la conceptualización de los procedimientos son los productos académicos y profesionales, contando con mayor prestigio aquellos que cuenten con evidencia empírica. Las guías de tratamiento y protocolos son los documentos oficiales que describen los procedimientos y sus efectos en condiciones regulares. Los cuales pueden implementarse directamente; sin embargo, la conceptualización activa por parte del psicoterapeuta consiste en la selección, informe al consultante, implementación y valoración de resultados (Prochaska & Norcross, 2018). Los primeros tres puntos suelen ser considerados en el movimiento denominado psicoterapia basada en evidencia y la valoración de resultados suelen restringirse en pruebas psicométricas de auto reportes.

Conclusiones

1. El campo de la psicoterapia presenta poca claridad conceptual. Sus definiciones suelen provenir de tendencias psicoterapéuticas específicas que impiden una comunicación fluida entre sus practicantes. Una aproximación naturalista y operacional permite una descripción de las actividades del psicoterapeuta y consultante susceptible al escrutinio.
2. La psicoterapia es una profesión con un campo de acción propio y diferenciable de otras actividades sociales relacionadas. Respecto a los conocimientos involucrados, no se agota en la psicología aplicada y articula disciplinas diversas, tales como la filosofía, la biología, la economía, entre otras. Dependiendo de la articulación de los resultados investigativos de las disciplinas científicas afines, puede considerarse que una psicoterapia está basada en ciencias.
3. A pesar de considerarse independiente, sus prácticas están íntimamente ligadas con el campo de la salud y, en especial, de la salud mental. Dependiendo de las condiciones legales de cada país la relación es más o menos estrecha. Una descripción naturalista de la práctica profesional posibilita el reconocimiento de su influencia conceptual y empírica, evitando caer en los extremos de la sobre medicalización o la desmedicalización de los problemas personales.
4. La psicoterapia cuenta actualmente con prestigio empírico, gracias a los resultados de programas de investigación destinados a identificar la eficacia y efectividad de diversos procedimientos psicoterapéuticos, consolidados en productos académicos y profesionales de referencia como revisiones sistemáticas, guías de tratamiento, protocolos, entre otros. Dependiendo de la articulación de estos resultados, puede considerarse que una psicoterapia está basada en evidencia.
5. 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, una psicoterapia puede contar con justificaciones teóricas compatibles con los consensos científicos, pero los procedimientos que componen la intervención pueden carecer de sustento empírico.
6. La articulación de explicaciones científicas y de la mejor evidencia disponible permite la individualización de la psicoterapia cumpliendo el criterio bioético de consentimiento informado. El rol activo o pasivo del psicoterapeuta en la articulación puede identificarse a partir del aprovechamiento de las oportunidades de conceptualización del problema personal y de los procedimientos. Una aproximación naturalista permite una identificación precisa del empleo eficiente de conocimiento por parte del psicoterapeuta, diferenciando las sutilezas de la función que cumplen dentro la actividad profesional. Con mejores medidas se tendrían mejores herramientas para promover una psicoterapia basada en ciencias y evidencia.

AUTHORS CONTRIBUTION

Author's name	Institution	Contribution area	Percentage of contribution
DARWIN GUTIERREZ GUEVARA	ASOCIACIÓN PERUANA CONTEXTUAL CONDUCTUAL DE PSICOLOGÍA UNIVERSIDAD VERACRUZANA	a) Conception of the manuscript; b) Drafting of the manuscript; c) Critical revision of the manuscript; d) Approval of its last version	33.3%
DIEGO TORRES MARRUFFO	ASOCIACIÓN PERUANA CONTEXTUAL CONDUCTUAL DE PSICOLOGÍA UNIVERSIDAD CONTINENTAL	a) Conception of the manuscript; b) Drafting of the manuscript; c) Critical revision of the manuscript; d) Approval of its last version	33.3%
FLOWER CAYCHO SALAZAR	ASOCIACIÓN PERUANA CONTEXTUAL CONDUCTUAL DE PSICOLOGÍA UNIVERSIDAD VERACRUZANA	a) Conception of the manuscript; b) Drafting of the manuscript; c) Critical revision of the manuscript; d) Approval of its last version	33.3%

FUENTES DE FINANCIAMIENTO: Autónomo.

CONFLICTO DE INTERÉS: Ninguno.

Referencias:

American Psychological Association (APA), P. T. F. on E.-B. P. (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. (2018). *Evidence-based psychological interventions in the treatment of mental disorders a review of the literature*.

- <https://psychology.org.au/psychology/advocacy/position-papers-discussion-papers-and-reviews/psychological-interventions-mental-disorders>
- Beck, A. T. (1972). *Depression: Causes and Treatment*. University of Pennsylvania Press.
- Buchkremer, G., & 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., & 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>
- Ellis, A. (1962). *Razón y Emoción en Psicoterapia*. Lyle Stuart.
- Foucault, M. (2003). *Madness and civilization*. Routledge.
- Frank, J., & Frank, J. (1991). *A Comparative Study of Psychotherapy* (third edit). 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., & 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., & 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., & 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/>
- 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., & 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., & 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.
- Kendall, P. C., & Frank, H. E. (2018). Implementing evidence-based treatment protocols: Flexibility within fidelity. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(4). <https://doi.org/10.1111/cpsp.12271>
- 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>
- McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2012). *Dissemination and implementation of evidence-based psychological interventions*. Oxford University Press. <https://psycnet.apa.org/record/2012-08911-000>
- Norcross, J. C. (2005). A Primer on Psychotherapy Integration. In *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 3–23). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195165791.003.0001>
- Organización Mundial para la Salud. (2013). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>
- Pascual-Llobell, J., Frías Navarro, M. D., & Monterde i Bort, H. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles Del Psicólogo*, 25(87).
- 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-Álvarez, M. (2019). La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles Del Psicólogo*, 40(1), 1–14.
- Pérez-Álvarez, M., & 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., & Norcross, J. C. (2018). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Oxford University Press.
- 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., & 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., & 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., & 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., & 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., & 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., & 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., & 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.

This preprint was submitted under the following conditions:

- The authors declare that they are aware that they are solely responsible for the content of the preprint and that the deposit in SciELO Preprints does not mean any commitment on the part of SciELO, except its preservation and dissemination.
- The authors declare that the necessary Terms of Free and Informed Consent of participants or patients in the research were obtained and are described in the manuscript, when applicable.
- The authors declare that the preparation of the manuscript followed the ethical norms of scientific communication.
- The authors declare that the data, applications, and other content underlying the manuscript are referenced.
- The deposited manuscript is in PDF format.
- The authors declare that the research that originated the manuscript followed good ethical practices and that the necessary approvals from research ethics committees, when applicable, are described in the manuscript.
- The authors declare that once a manuscript is posted on the SciELO Preprints server, it can only be taken down on request to the SciELO Preprints server Editorial Secretariat, who will post a retraction notice in its place.
- The authors agree that the approved manuscript will be made available under a [Creative Commons CC-BY](#) license.
- The submitting author declares that the contributions of all authors and conflict of interest statement are included explicitly and in specific sections of the manuscript.
- The authors declare that the manuscript was not deposited and/or previously made available on another preprint server or published by a journal.
- If the manuscript is being reviewed or being prepared for publishing but not yet published by a journal, the authors declare that they have received authorization from the journal to make this deposit.
- The submitting author declares that all authors of the manuscript agree with the submission to SciELO Preprints.